

Mortalité des Enfants assistés

DE 0 à 6 MOIS

CAUSES ET REMÈDES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le samedi 21 février 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

DUCAS (Georges)

né le 18 novembre 1899, à Fraize (Vosges)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. HAUSHALTER, professeur.	<i>Président.</i>
		SPILLMANN, professeur . .	} <i>Juges.</i>
		PERRIN, agrégé.	
		JOB, agrégé.	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES

4 et 6, Rue de la Croix-de-Bourgogne

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Mortalité des Enfants assistés

DE 0 à 6 MOIS

CAUSES ET REMÈDES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le samedi 21 février 1925



POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

DUCAS (Georges)

né le 18 novembre 1899, à Fraize (Vosges)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. HAUSHALTER, professeur. *Président.*
SPILLMANN, professeur . . }
PERRIN, agrégé. } *Juges.*
JOB, agrégé. }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.



NANCY

SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES

4 et 6, Rue de la Croix-de-Bourgogne

1925

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, *, I.

Assesseur: M. E. SIMON, *, I.

Doyen honoraire: M. F. GROSS, O *, I.

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I; PRENANT, *, I;
F. GROSS, O *, I; HERRGOTT, O *, I; WEISS, O *, I.

Professeurs : MM.

Chimie médicale et toxicologie.....	L. GARNIER, I.
Hygiène.....	E. MACÉ, *, I.
Clinique médicale.....	E. SIMON, *, I.
Histoire naturelle médicale.....	P. VUILLEMIN, *, I.
Médecine légale.....	P. PARISOT, O *, I.
Clinique des maladies des enfants.....	P. HAUSHALTER, *, I.
Anatomie pathologique.....	L. HOCHÉ, *, I.
Clinique médicale.....	G. ETIENNE, *, I.
Clinique chirurgicale.....	A. VAUTRIN, *, I.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	L. SPILLMANN, *, I.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	R. FRELICH, *, I.
Physiologie.....	M. LAMBERT, *, I.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	A. FRUINSHOLZ, *, I.
Histologie.....	R. COLLIN, *, I.
Anatomie descriptive.....	M. LUCIEN, *, I.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	P. JACQUES, *, I.
Clinique des voies urinaires.....	P. ANDRÉ, *, I.
Clinique chirurgicale.....	G. MICHEL, *, I.
Pathologie interne et clinique médicale pro- pédeutique.....	L. RICHON, *, I.
Physique.....	DUFOUR, *, I.
Chimie médicale.....	H. ROBERT, I.

Chargés de cours complémentaires : MM.

Accouchements (cours théorique).....	L. JOB, *, I, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. PERRIN, *, I, agrégé.
Thérapeutique.....	M. PERRIN, *, I, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	J. PARISOT, O *, I, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie géné- rale.....	J. PARISOT, O *, I, agrégé.
Pathologie externe.....	A. BINET, I, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	A. BINET, I, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses.....	L. CAUSSADE, I, agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	P. JEANDELIZE, A, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	R. LALANNE, I.
Cours d'hydrologie.....	M. PERRIN, *, I, agrégé.
Médecine opératoire.....	M. BARTHÉLEMY, *, I, agrégé.
Electrothérapie et radiologie.....	LAMY, I, agrégé.
Education physique.....	P. MATHIEU, I, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. M. PERRIN, *, I.	MM. P. JEANDELIZE, A.	MM. MUTEL, *, I.
G. THIRY, *, I.	L. CAUSSADE, I.	WATRIN, *, I.
J. PARISOT, O *, I.	M. BARTHÉLEMY, *	HAMANT, I.
P. MATHIEU, I.	I.	CORNIL, I.
L. JOB, *, I.	LAMY, I.	DE LAVERGNE, A.

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O *, I; G. GROSS, *, I; S. REMY, I;
BUSQUET, I; BINET, I; FAIRISE, A.

M. A. PACAUD, I, Secrétaire

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, I, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A mes chers Parents

A mon Président de Thèse :

M. le Professeur HAUSHALTER

Professeur de Clinique Médicale infantile
Médecin-chef de la Crèche des Enfants assistés
Chevalier de la Légion d'Honneur

A mes Juges :

M. le Doyen L. SPILLMANN

Professeur de Clinique dermatologique et syphiligraphique
Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur agrégé PERRIN

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur agrégé JOB

Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

A l'heure où va succéder à nos années d'études le rude labeur du médecin, nous sommes heureux d'adresser des paroles de gratitude à tous nos maîtres de la Faculté.

M. le Professeur Haushalter, après nous avoir fait l'honneur de nous accepter comme externe dans son service, a bien voulu présider notre thèse. Sa fine psychologie a formé en nous l'âme du médecin, son enseignement quotidien nous a initié à la tâche délicate qu'est la médecine infantile. Nous lui en sommes infiniment reconnaissant.

M. le Doyen Spillmann nous a guidé dans l'étude de la dermato-syphiligraphie. Aujourd'hui, il accepte d'être notre juge; c'est un grand honneur qu'il nous fait.

M. le Professeur agrégé Perrin, après nous avoir ouvert les portes de sa clinique, à l'hôpital Villemin, et de son laboratoire, après avoir été notre maître en thérapeutique et en hydrologie, fait partie de notre jury de thèse. Nous le remercions pour l'estime et la sympathie qu'il a toujours témoignées à notre égard.

Monsieur le Professeur agrégé Job nous a initié d'abord aux délicates manœuvres obstétricales; ensuite ses conférences et consultations, à la Maternité, ont été pour une grande part dans l'enseignement obstétrical que nous avons reçu.

M. le Professeur Fruhinsholz, par ses cliniques intéres-

santes, claires et documentées, fut un des maîtres dont le souvenir restera le plus longtemps gravé dans notre mémoire et dans notre cœur.

Tous nos maîtres de la Faculté et de l'Hôpital ont droit à notre égale reconnaissance. Nous sommes heureux de le leur dire, au moment où nous les quittons.

Nous ne voudrions oublier M. le Docteur Remy, ancien chef de clinique infantile, médecin adjoint du service des enfants assistés, qui nous a guidé dans ce travail pendant plusieurs mois; M. le Docteur Vermelin, ancien chef de clinique obstétricale, qui voulut bien nous honorer de son amitié; M. le Docteur Grandineau, ancien chef de clinique urologique, à mis à la disposition de quelqu'un qui nous est cher, son habileté chirurgicale et son grand dévouement, nous ne l'oublierons pas.

Que tous nos camarades d'études, chefs de clinique, internes, externes et étudiants trouvent ici l'expression de notre profonde amitié.

Nous assurons MM. les Docteurs Français, qui fut pendant cinq années notre ami de tous les instants, et Lévy, chef de clinique à la Maternité, de notre cordiale sympathie.

Nous tenons à remercier également MM. Saumade et Perrière, inspecteurs de l'Assistance publique à Nancy, pour les renseignements qu'ils nous ont si aimablement fournis.

INTRODUCTION

Depuis le cri d'alarme lancé à l'Académie de médecine par le docteur Méry, le sort des enfants assistés a ému le monde médical en entier et le public. Conseillé et guidé par M. le Professeur Haushalter, qui pendant trente ans vit aboutir à la pouponnière des enfants malades tant de ces malheureux, nous avons étudié, après un bref historique de l'abandon des enfants dans l'antiquité, en France et en Lorraine en particulier, les statistiques de leur mortalité de 0 à 6 mois. Il nous a paru utile de les comparer aux statistiques de mortalité des autres enfants du même âge d'abord, des différentes régions de la France ensuite. Nous avons cherché les causes du taux élevé de cette mortalité, en avons énoncé les remèdes que nous jugeons utiles et réalisables. Le sort de ces malheureux doit intéresser le médecin et nous serions heureux si nos conclusions pouvaient par la suite apporter à ces isolés quelques chances de survie..

Avant d'entreprendre l'historique de la question, nous voudrions distinguer nettement l'enfant illégitime, c'est-à-dire celui qui, non reconnu par le père, reste pourtant au foyer avec sa mère, et l'enfant abandonné qui lui est un illégitime qui n'a pour toute famille que l'Assistance. Souvent, au cours de nos recherches, nous avons vu confondre ces deux catégories d'enfants pourtant bien distinctes et dont l'avenir est si différent.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Parmi les peuples de l'antiquité qui laissaient impunie la destruction du fruit, le plus grand nombre ne la regardait pas moins comme contraire aux lois de la nature. Pour en diminuer l'odieux, on imagina d'exposer les enfants dans l'espoir que la pitié d'autrui les recueillerait. On choisit, à cet effet, pour lieu d'exposition, les marchés, les temples, les carrefours, les fontaines, les bords les plus fréquentés des rivières et de la mer. Dans ce dernier cas, on plaçait les enfants à l'épreuve de l'eau et on les y arrangeait de manière qu'ils puissent flotter pendant quelque temps. C'est ainsi qu'au début du ^{xix}^e siècle, les Chinois attachaient encore au cou des nouveaux-nés dont ils voulaient se défaire, unealebasse avant de les jeter à l'eau ; par ce moyen les enfants surnageaient et quelques-uns d'entre eux étaient sauvés.

Le peuple hébreux, conformément aux préceptes du Talmud, tenait la fécondité en grand honneur ; tout contribuait à conserver la vie des enfants : l'infanticide, l'avortement étaient sévèrement punis. De plus, l'assistance des orphelins se trouvait assurée par les sociétés de bienfaisance nombreuses en Judée, déjà à cette époque. Aussi l'abandon était-il exceptionnel chez les Hébreux ; il existait pourtant et l'on trouve

dans le Talmud plusieurs allusions à ce sujet. Moïse lui-même fut recueilli sur les rives du Nil, où la crainte des poursuites de la part du Pharaon avait obligé sa mère Jocabed à l'exposer dans une corbeille d'osier enduite de poix et de résine.

C'est là un spectacle bien différent de celui qui se passe dans les sociétés païennes de la Grèce et de Rome, où l'existence des enfants fut trop souvent sacrifiée aux calculs d'un prétendu intérêt social et aux inspirations mauvaises des passions humaines.

A Athènes, on exposait ordinairement les enfants à l'endroit appelé Cynosarges, qui était l'un des Gymnases. A Rome, c'était auprès de la Columnia Lactaria, située sur le marché aux légumes, que les parents abandonnaient leurs petits. Quoique réprouvée dans la suite par des lois sévères, dans presque tous les états policés, l'exposition d'enfants resta le plus souvent néanmoins impunie, même sous les premiers empereurs chrétiens. Toutefois, les législateurs cherchèrent à la rendre moins fréquente, à conserver et sauver les enfants exposés.

Dans toute la Grèce, sauf à Thèbes, il était permis aux parents d'abandonner leurs nouveaux-nés. Aussi, plusieurs historiens comme Strabon, Aélien, Tacite, Denis d'Halicarnasse, mentionnent-ils honorablement les Egyptiens, les Thébains, les Germains et les Aborognies, chez lesquels la suppression d'enfant n'était pas tolérée.

Cette coutume barbare, non moins fréquente dans Rome, quoique Romulus enfant trouvé lui-même, eut cherché à la restreindre par une ordonnance confirmée dans les douze Tables, s'accrut avec le luxe, la cherté de la vie et le libertinage. Rien ne paraissait si simple aux parents possédant plus d'enfants qu'ils n'en pouvaient nourrir, que d'abandonner les derniers venus. Quelques-uns ajoutaient au trousseau des

bagues, des bijoux divers ; d'autres moins fortunés des baguettes quelconques, afin d'exciter le public à recueillir ces infortunés et afin aussi de pouvoir un jour les reconnaître et les réclamer.

Lorsque le christianisme apparut, ses partisans reprochèrent aux Romains ce genre de cruauté qu'ils ne toléraient pas parmi eux. Cependant, les premiers empereurs chrétiens n'avaient pas encore osé le punir comme un crime, quoique Constantin l'eut qualifié de meurtre. Cet empereur se borna à ordonner, en 731, que les parents ne pourraient dans aucun cas, réclamer l'enfant qu'ils auraient exposé, alors même qu'ils s'offriraient à rembourser les frais de son éducation. L'expérience a prouvé que cette loi était mieux conçue que celle qui, plus tard, punissait l'abandon comme infanticide. La crainte du châtiment rendit les parents plus barbares : au lieu d'exposer leurs enfants, ils les enterrèrent ou les jetèrent à la mer. Ce ne fut qu'à la fin du quatrième siècle que l'usage d'exposer les enfants fut expressément défendu par les empereurs Valentinien et Gratien.

S'il est certain que l'abandon fut longtemps toléré, il ne l'est pas moins que la sollicitude du magistrat s'est souvent tournée vers les moyens de sauver les enfants abandonnés. En Grèce et à Rome, on cherchait non seulement à conserver les enfants trouvés en les déclarant la propriété de ceux qui les avaient élevés, mais il existait, en outre, une loi selon laquelle les abandonnés dont personne n'avait voulu se charger, étaient élevés aux frais de l'Etat. Constantin le Grand, par un édit philanthropique, ordonna aux villes d'Italie et d'Afrique de secourir les parents qui déclaraient ne pas pouvoir subvenir aux frais d'éducation de leurs enfants. Il semble aussi qu'Athènes et Rome aient possédé des établis-

sements où on élevait, aux frais de l'Etat, les enfants trouvés. Victor dit qu'il existait une telle œuvre à Rome, près de la Columnia Lactaria. Au vi^e siècle, on voit Justinien, par une loi spéciale, déclarer libres les enfants trouvés et défendre à ceux qui les avaient recueillis de les vendre, ou de les traiter en esclaves. Pourtant Beckmann croit que la vente et l'esclavage des enfants trouvés étaient un fait courant et que le nombre de ceux qui étaient nourris aux frais de l'Etat était peu élevé.

Nous sommes obligés de franchir un certain nombre de siècles pour trouver quelques renseignements précis sur des institutions créées en faveur des enfants trouvés. Il nous faut, en effet, arriver au vi^e siècle après Jésus-Christ. Il est question, dans la vie de saint Goar, contemporain de Childebert, d'une telle institution existant à Trêves. Déposé dans un vase de marbre, à la porte de l'église, l'enfant était reçu par les pauvres chargés de la garde de cette église, lesquels le présentaient aussitôt à l'archevêque; celui-ci le remettait à un habitant voulant bien s'en charger et qui devenait son père adoptif; ce fait prouve que, si l'on songeait alors à pourvoir à l'avenir de ces malheureux, aucune maison, aucun hospice n'existait encore pour eux. Ils étaient élevés par des particuliers, auxquels le clergé accordait probablement quelques secours pécuniaires.

Au vii^e siècle, il semble que de telles institutions existaient en France. On lit dans la vie de saint Mainbœuf, mort à Angers en 654, qu'il fit construire plusieurs édifices destinés à recueillir les enfants trouvés; on n'a, il est vrai, à ce sujet, aucun renseignement précis. Au viii^e siècle, l'archiprêtre Datheus fonda à Milan (787) un hospice d'enfants trouvés, dans le but de prévenir le crime d'infanticide alors très

répandu. Il acheta une maison voisine de l'église et y fit allaiter les enfants par des nourrices à gage. Il les élevait jusqu'à l'âge de 7 ans pour ensuite leur apprendre un métier.

Sous Charlemagne, les enfants abandonnés devenaient la propriété de ceux qui les avaient trouvés, à moins que les parents ou la famille ne les ait réclamés avant dix jours révolus.

A partir du XI^e siècle, les fondations se multiplièrent. En 1070, Olivier de Trau fonda à Montpellier l'ordre des Hospitaliers du Saint-Esprit, dont le but était de soigner les malades, les enfants trouvés et les orphelins. Cet ordre s'étendit bientôt et répandit ses bienfaits sur plusieurs pays. En 1180 il fonda à Montpellier l'hospice des Enfants trouvés. En 1168, Galдинius, cardinal et archevêque de Milan, obtint que l'hôpital de la ville ne reçut pas seulement les malades, mais aussi les enfants abandonnés qui y seraient nourris et vêtus. Bientôt les simples particuliers rivalisèrent de bienfaisance avec les ordres religieux en élevant des asiles. C'est ainsi qu'en 1331 Fleinz, simple bourgeois de Nuremberg, y établit le grand hôpital du Saint-Esprit, destiné à recevoir les femmes enceintes et les enfants trouvés. Le magnifique hospice des Enfants trouvés, à Florence, appelé aujourd'hui le Spidale de l'Innocente, paraît avoir été fondé en 1316 par Pollini.

A Paris, l'hôpital du Saint-Esprit fut établi, vers 1362, par la contribution volontaire de personnes charitables. Une confrérie du Saint-Esprit fut érigée, que le pape Urbain V confirma et qui s'occupa d'améliorer le sort de ces abandonnés.

Malgré ces diverses institutions, il manquait un asile assuré pour ces malheureux, dont l'avenir restait terrible malgré tout. Etant donnée la rareté de ces hospices, la plupart des abandonnés mouraient de faim et de froid. Certains devenaient

la proie de mendiants qui leur brisaient les membres, les couvraient de plaies pour exciter la pitié publique. A peine quelques-uns, plus heureux, tombaient-ils dans des mains vraiment charitables. En 1636, une pauvre veuve, aidée de deux domestiques seulement, commença à recueillir ces enfants dans sa maison, située rue Saint-Landry. La veuve ne tarda pas à mourir ; les domestiques continuèrent à recevoir les enfants. Mais les petits êtres mouraient en foule. C'est là, la triste histoire de la Maison de la Couche, qui devint pour le peuple la Maison de la Mort. Un commerce régulier d'enfants s'y établit avec les bateleurs et les mendiants. Le prix courant ne dépassait pas une livre par tête.

C'est à saint Vincent de Paul qu'il faut attribuer tout le mérite d'avoir attiré sérieusement l'attention publique sur le sort des enfants trouvés. Quand il alla visiter la Maison de la Couche, il fut révolté par l'horrible spectacle qui s'offrit à ses yeux : un monceau d'enfants gisaient pêle-mêle, vivants agonisants et morts, sur d'infects grabats. Il fit connaître cette triste réalité aux Dames de la charité de l'Hôtel-Dieu. Le 27 janvier 1640, elles consentirent à se charger de la Maison de la Couche. Saint Vincent de Paul ne s'en tint pas là et continua à réunir des ressources pour son œuvre. Il s'adressa d'abord à la reine Anne d'Autriche, obtint de Louis XIII une pension annuelle de 3.000 livres et le château de Bicêtre. Louis XIV, âgé de 8 ans, porta la pension à 12.000 livres ; c'était la première fois, en France, que l'Etat s'occupait des enfants trouvés.

La Révolution se signale par la loi du 27 frimaire an V, qui permit l'entrée de tous les enfants trouvés dans les hospices civils de la République, aux frais du Trésor national. Le décret du 19 janvier 1811, complété par la loi du 5 mai 1869,

sert encore en partie dans la législation actuelle. Il y avait un hospice par département. Mais les pauvres enfants, en réalité, ne furent reçus qu'en très petit nombre et, lors d'une enquête générale en 1860, on n'en comptait plus que soixante.

Sans parler du projet du comte de Melun, en 1849, le corps législatif, à la fin du Second Empire, avait été saisi d'un projet du baron de Beauverger qui n'aboutit pas. Théophile Roussel eut l'honneur de reprendre la question et la fit sienne. Ses rapports de 1872, 1874, celui de 1898 en font un philanthrope dont le nom reste vénéré. Interrompue par sa mort, son œuvre fut reprise par le sénateur Paul Strauss. Les deux lois des 22 et 28 juin 1904 condensent en un tout homogène les dispositions éparées dans des textes multiples. Les deux grandes innovations qu'elles consacrent sont la généralisation de l'admission à bureau ouvert et la fixation obligatoire d'un minimum de prix de pension pour les assistés.

Récemment, la loi Roussel fut remplacée par la loi P. Strauss et Dron, qui non encore définitivement adoptée par le Sénat, aura le devoir, dans son règlement d'administration publique de porter encore plus loin les exigences de la surveillance indispensable.

Historique des Enfants assistés en Lorraine

Pour la première fois, on trouve signalé que, dès l'année 1674, la vie calme et tranquille de l'ancien hospice de Saint-Julien fut mouvementée par l'arrivée de 35 enfants abandonnés.

Le 21 février 1747, Stanislas crée deux fondations : la première en faveur de 24 enfants pauvres de Nancy, la seconde pour 24 places affectées aux enfants de ses domestiques, le

tout doté d'une rente de 11.000 fr. On ne reparle d'enfants assistés qu'à la fin du XVIII^e siècle. Louis XVI, treize années après la réunion de la Lorraine à la France, crée à Nancy, par ses lettres du 28 juillet 1774, une œuvre analogue à celle que saint Vincent de Paul avait si puissamment organisée à Paris un siècle auparavant. Il s'agissait, en effet, non pas d'une institution municipale, mais d'une œuvre régionale, dont les bienfaits s'étendraient à toutes les communes des anciens duchés de Lorraine et de Bar. Le roi ordonna que les 220.000 livres données par le feu roi de Pologne pour être employées en achats de grains, devant soulager ses sujets de Lorraine et de Bar, soient employées à l'avenir à la nourriture et à l'éducation des enfants trouvés de ces duchés jusqu'à l'âge de 14 ans. Les bâtiments de l'ancienne Vénérie ducale devaient être affectés à ce service. Mais ces bâtiments étant alors indisponibles, occupés qu'ils étaient par les filles et femmes de mauvaise vie, les enfants furent placés dans l'hôtel de Monsieur de Morey, conseiller à la Cour, rue Saint-Dizier, vis-à-vis les Dames du Saint-Sacrement. Ce n'est que trois années plus tard, en 1777, que les enfants furent transférés à la Vénérie.

Le 18 août 1779, un traité fut passé avec la Congrégation de Saint-Charles, qui se chargea d'administrer la maison. Pour assurer son fonctionnement, Louis XVI affecta à la nourriture et à l'instruction des enfants trouvés 260.000 livres et accorda en outre 6.000 livres sur le produit des cartes à jouer. En plus, la ville de Nancy était tenue de contribuer à l'entretien de cet hôpital pour une somme de 15.000 livres par an, Lunéville pour 400, Bar pour 200 et les autres villes du duché pour 1.500 à 100 livres par an. Cet hôpital jouissait du droit attribué aux hôpitaux du duché par la déclaration

du 15 février 1725, c'est-à-dire du droit de franc salé de deux muids par an sur la saline de Château-Salins; de la coupe annuelle de douze arpents de bois dans les forêts de la maîtrise de Nancy, de l'exemption de tous droits d'entrée dans la ville. En outre, le Conseil municipal décida que presque toutes les marchandises confisquées par contravention aux règlements de police, seraient acquises à l'hôpital des enfants trouvés; une partie des amendes lui revenait aussi. On comprend qu'avec de tels revenus l'hôpital ait pu prospérer et suffire à tous ses besoins. Il était de même prévu que tout particulier dont la femme se chargerait de nourrir gratuitement un enfant trouvé, jusqu'à ce qu'il soit en âge d'être sevré et d'être reçu à l'hôpital, serait exempt de corvées pendant ce temps. Tout chef de famille qui en élevait un plus longtemps, pouvait exempter de service un de ses propres enfants et, s'il avait plusieurs enfants trouvés chez lui, il jouissait d'autant d'exemptions. Depuis la création de l'hôpital jusqu'à la Révolution, on recueillit ainsi une moyenne de 370 enfants par an, la plupart ne faisaient que passer à l'hôpital, en attendant leur placement à la campagne.

L'Assemblée législative et la Convention nationale chargèrent la Nation du soin et de l'entretien de ces enfants, qui portèrent désormais le nom d'orphelins, toute autre qualification étant absolument prohibée. Pourtant l'hospice prit le nom d'Hospice des Enfants de la Patrie. Il fut placé sous l'administration de la Commission des hospices civils de Nancy, établie par la loi du 16 vendémiaire an V. Mais le Trésor public n'ayant plus de fonds pour faire face aux dépenses, pendant cette période de troubles, la loi du 27 frimaire an VI mit fin à l'existence légale de l'institution. Les enfants abandonnés devaient, à partir de cette date, être reçus

dans les hospices les plus voisins du lieu de leur naissance ou de leur exposition. Depuis la suppression du dépôt général, jusqu'au 1^{er} novembre de l'an X, il n'est entré dans les principaux hospices du département que 680 enfants, c'est-à-dire 136 par an. La Commission administrative des hospices civils de Nancy fit alors transférer les Enfants de la Patrie dans l'ancien collège du Noviciat des Jésuites, plus aéré et plus vaste (Hospice Saint-Stanislas actuel).

Le 23 octobre 1805, les enfants furent transportés près de la porte Saint-Nicolas. Ils y furent réunis aux 55 orphelins et dirigés par les sœurs de Saint-Charles. En tout on comptait alors 320 enfants. Pendant les malheureuses années de 1814 et 1815, l'abandon et l'exposition des enfants, même légitimes, prit des proportions déplorables, on abandonnait même des enfants de trois à dix ans.

En 1843, les administrateurs de la Commission des hospices firent de nombreuses visites à la campagne et constatèrent avec surprise l'ignorance absolue de certains enfants. Ils demandèrent alors à la Préfecture de créer la fonction d'inspecteur de l'Assistance et de la confier à un inspecteur primaire du nom de Jacquot, qui se chargeait de la remplir gratuitement. Celui-ci fut nommé par arrêt du 29 novembre 1843. En 1857, on note la création du poste d'inspecteur à la charge de l'Etat. En 1858, des gratifications supplémentaires furent allouées aux nourrices au sein.

En 1861, la Préfecture fit paraître un règlement général du service des assistés, mais le nombre des enfants placés était toujours peu élevé. A partir de 1874, les nourriciers, mieux payés, encouragés, reprirent plus volontiers des enfants. La loi Roussel eut le même retentissement en Lorraine que dans le reste de la France. Les enfants trouvés furent transportés,

en mai 1919, à l'hôpital Marin. Nous verrons plus loin quel y fut leur sort. Depuis le début de l'année 1924, l'hospice Stanislas leur fut de nouveau affecté, en attendant que des locaux neufs, vastes et parfaitement installés leur soient réservés, dans les terrains avoisinant la nouvelle Maternité.

CHAPITRE II

L'ABANDON

De nombreuses thèses ont été soutenues devant les Facultés de droit à ce sujet. Dans un Etat organisé comme le nôtre, ou comme nos voisins, au xx^e siècle, l'abandon doit-il être légalement permis? Nous ne reviendrons pas sur toutes les conclusions juridiques apportées pour ou contre le maintien de l'abandon, car ce serait sortir du sujet de ce travail, qui reste avant tout d'ordre médical.

C'est un fait admis que nous sommes obligés d'accepter, à l'heure actuelle, des petits malheureux sont seuls sur terre et ne connaîtront jamais la douceur du foyer familial. Nous apporterons un seul argument pour prouver que l'abandon est inhumain, c'est que le nouveau-né ne peut se suffire à lui-même, et qu'il est voué à une mort certaine s'il n'est recueilli; il ne peut pourvoir à sa nourriture, se protéger du chaud, du froid; c'est là la meilleure preuve que jamais il ne devrait être seul.

Qu'entend-on actuellement par enfant assisté? Ce nom s'applique à quatre catégories d'enfants: les enfants trouvés, les enfants abandonnés, les orphelins pauvres et les enfants moralement abandonnés.

Les enfants trouvés sont ceux qui, nés de père et de mère

inconnus, sont abandonnés dans un lieu quelconque; leur nombre va sans cesse en diminuant et n'atteint le taux de 5 pour 10.000 habitants que dans cinq départements, d'après les statistiques des institutions d'assistance.

Les enfants abandonnés se distinguent en ce que l'on connaît leurs parents; ils sont nés de père et de mère connus, en ont été séparés volontairement, sans que l'on puisse recourir à eux ou à leurs ascendants. Ils constituent le groupe le plus important parmi les enfants assistés, leur nombre, proportionnellement, s'accroît sans cesse.

Quant aux orphelins pauvres, nous n'en parlerons pour ainsi dire pas; le sort, terrible pour eux, est, au point de vue social, sans changement possible.

Par enfant moralement abandonné, la loi de 1904 comprend ceux dont les parents ont été déchus de la puissance paternelle.

Seuls les deux premiers groupes nous occuperont, car là seulement la question de l'abandon évitable peut être étudiée.

Comment se produit en général cet abandon? Dès que la jeune fille reconnaît son état de grossesse, à quelle que classe de la société elle appartienne, si elle connaît le père de son enfant, ce sera à lui en premier qu'elle confiera le secret de son état. Elle le fera, suivant la personnalité du père, suivant son propre caractère, soit timidement, soit fièrement. Et alors devant l'abandon de celui-ci, sa première idée sera souvent de recourir à l'avortement criminel; le problème de l'avortement est en effet intimement lié à celui qui nous occupe. Lorsqu'une jeune fille a pensé à l'avortement, que l'insuccès de la manœuvre ou la crainte l'ont fait échouer, il est à présumer que, dès sa naissance, l'enfant sera abandonné; à moins que, et cela se voit parfois, la seule vue du petit être qui lui doit la

vie, que son cri, n'éveille chez la mère un amour assez profond pour lui permettre de franchir les premières semaines qui suivront l'accouchement. Si elle hésite à abandonner son petit, si elle veut gagner du temps, souvent c'est l'avenir assuré pour son enfant.

Après son échec auprès du père, la jeune femme hésitera, en général, quelque temps avant de confier son état à sa mère. Celle-ci, suivant le milieu, suivant son affection pour sa fille, l'accablera ou au contraire l'aidera à traverser la crise morale dont elle souffre; elle attendra le moment favorable pour annoncer à son mari ce malheur.

L'abandon dans les différents milieux. — Et alors, si nous nous trouvons dans une famille bourgeoise et aisée, quel désespoir pour les parents; à côté de la mère qui pleure, du père qui maudit, la pauvre enfant cherchera à se faire oublier.

Toutes les hypothèses seront envisagées pour cacher cette grossesse, l'accouchement et son fruit. On conseillera un voyage chez une parente lointaine, où les couches auront lieu, ou alors on chassera la jeune fille; mais, même dans ce dernier cas, on fera souvent la promesse de reprendre la fautive si elle revient seule, si sa tache reste ignorée, si l'enfant est abandonné. Et alors, comment veut-on que cette jeune mère, malgré les conseils qui lui seront prodigués par la suite, garde son petit! Non, pour elle ce n'est pas possible, car elle n'a plus qu'un espoir, accoucher bien vite pour rentrer ensuite chez ses parents et se faire pardonner; hélas, il n'y a souvent que dans les romans que nous voyons une jeune mère abandonnée refuser de se séparer de son enfant et triompher. La triste réalité est bien différente. Toujours c'est le pauvre petit qui supportera les conséquences de la mentalité du siècle où nous vivons et qui souvent lui coûtera la vie.

Dans les milieux paysan et ouvrier, il en est souvent autrement. La jeune fille reste chez ses parents, on la chasse moins vite, elle continue à travailler. « Qu'est-ce qu'un enfant de plus » dit-on. Ici la grande coupable sera alors fréquemment la jeune mère. Mal guidée, mal conseillée, elle abandonnera sans y être contrainte son enfant. A quoi bon se charger de lui, le nourrir, travailler pour deux, alors qu'il est si simple de s'en débarrasser; et ici souvent l'Assistance est une issue qui, si elle n'existait pas, obligerait la mère à garder son enfant. Mais, au milieu des camarades d'atelier, les mauvais conseils abondent; on n'encouragera pas la jeune mère à préparer une layette, mais on lui donnera l'adresse du bureau d'abandon; on lui citera l'exemple de camarades qui ont agi de même et s'en sont bien trouvées. Aussitôt après l'accouchement, ses premiers pas, dès sa sortie de la maternité, seront pour déposer le pauvre petit.

Enfin, il existe une troisième catégorie de femmes qui fournit une grande partie des enfants abandonnés, nous voulons dire les domestiques. Quel que soit le père de l'enfant: un camarade, un fils de maison, un patron, ici la crainte de perdre sa place, les mauvais renseignements qui la poursuivront, font que presque toujours l'enfant est délaissé. Nous verrons plus loin, au chapitre des remèdes contre l'abandon, que c'est ici surtout que l'on peut, que l'on doit agir. Si en effet il n'est guère possible de changer la mentalité d'une famille bourgeoise, nous verrons que chez certains patrons notre action peut être plus grande et plus utile.

Quelques fois ce sont des femmes mariées, des divorcées qui se séparent de leur petit. Ici ce sera presque toujours une raison matérielle ou un second mariage qui seront cause de l'abandon. Dans l'ensemble, ces femmes sont peu nombreuses

d'ailleurs, comparativement aux filles mères qui délaissent leur nourrisson.

Rôle du père dans l'abandon. — Voilà, brièvement exposées, quelles nous semblent être, dans les différents milieux, les causes de l'abandon. N'oublions pas que la cause véritable, que le premier, le seul et véritable coupable est le père qui, après avoir profité d'une femme, l'abandonne lâchement. C'est lui qui, ne se souciant pas du déshonneur qu'il jette sur une famille entière, sur une jeune fille, ne voit que son propre intérêt et, égoïste, s'éloigne sans une pensée pour son enfant. Rare est le mâle dans la nature qui agit d'une façon aussi honteuse. Quand un animal sait que sa femelle ne sera pas capable de se défendre, de nourrir seule ses petits, il reste avec elle et ne l'abandonnera que le jour où l'avenir de sa nichée sera assuré. L'homme, l'être supérieur par excellence, ne s'en soucie pas, il ne veut pas que son honneur soit souillé et il part. Comment ensuite trop jeter la pierre à la mère, qui aura souffert moralement et physiquement pendant neuf mois, qui après la rude épreuve de l'accouchement, devant un avenir sombre pour elle, abandonnera son enfant? Cela n'est guère possible, car elle sait que, partout autour d'elle, elle ne trouvera que honte et mépris.

Pourtant, que la grossesse soit la suite d'une union légitime ou soit le résultat d'un rapprochement que les lois morales et religieuses réprouvent, l'enfant a également des droits à la vie. Ce principe est aujourd'hui reconnu des législateurs. Toutefois, l'indulgence de nos lois et de nos institutions n'a pu influencer sur l'opinion publique; celle-ci généralement inflexible conserve toujours l'impression produite par la sévérité des anciennes lois et des principes religieux. Nous sommes

loin de blâmer cette direction des idées, qui peut avoir son utilité en contribuant au maintien de la morale et de l'ordre social ; nous ne prétendons pas que la jeune fille séduite et que l'épouse vertueuse doivent jouir dans la société du même degré d'estime ; mais nous nous élevons contre l'intolérance outrée de l'esprit public, qui semble diriger ses coups uniquement sur le sexe le plus faible. La femme qui n'a su résister est seule exposée à l'improbation publique, au même moment peut-être où son suborneur cherche une nouvelle victime. D'ailleurs, on a remarqué que ce sont précisément les pays où les lois sur la chasteté et la morale sont restées les plus sévères, où le déshonneur suit de près leur infraction, qui fournissent les exemples les plus nombreux d'avortements d'abord, d'abandon ensuite. Ces lois de l'honneur protègent la famille, couvrent la jeune fille ; c'est le fruit qui souffre et meurt.

Nombre d'abandons. — Pendant ces dernières années, le nombre des enfants abandonnés, en France, fut : pour l'année 1912, 15.286 ; 1913, 6.235 ; 1914, 5.872 ; 1915, 6.146 ; 1916, 6.621 ; 1917, 6.169 ; 1918, 6.698 ; 1919, 7.740 ; 1920, 15.619 ; 1921, 12.582.

La grande différence qui existe entre les années 1913, 1920, 1921 et les autres, s'explique facilement, car de 1913 à 1919, les statistiques n'existent que pour 57 départements.

Voyons donc comment, actuellement, on s'intéresse au sort des abandonnés, comment ils sont recueillis, quel avenir leur est réservé.

CHAPITRE III

MODE D'ADMISSION ACTUEL

Avant de parler de la façon dont sont recueillis les abandonnés aujourd'hui, disons quelques mots des anciens tours.

Les tours. — Le décret-loi du 19 janvier 1811 établissait dans chaque hospice dépositaire un tour, pour recevoir les enfants abandonnés. C'étaient des cylindres convexes d'un côté, concaves de l'autre, qui tournaient sur eux-mêmes avec une grande facilité. La partie ouverte du tour faisait face à la rue, tandis que l'autre s'ouvrait à l'intérieur de la maison. Après du tour, à l'extérieur, se trouvait une sonnette. La femme qui voulait déposer son enfant, le plaçait dans la partie ouverte du tour, elle agitait la sonnette et n'avait plus qu'à s'éloigner. Aussitôt le cylindre décrivait un demi-cercle et apportait l'enfant à l'intérieur de l'hospice. Ainsi la femme n'était vue d'aucune personne de l'hospice. Lamartine a défini le tour « un instrument qui a des mains pour recevoir, et qui n'a point d'yeux pour voir, point de bouche pour révéler ».

A Nancy, un tour fut créé au mois d'août 1811, à l'hospice Saint-Stanislas. Malgré de nombreuses recherches, il a été impossible de connaître la date exacte de sa suppression, il semble que vers 1850 il n'existait plus.

Cette institution, pronée par les uns, attaquée par les autres, disparut insensiblement. En effet, la certitude de l'anonymat qui était sa véritable raison d'être, ne put être maintenue longtemps. Souvent, en effet, après le coup de sonnette, ce n'était qu'un petit cadavre que le tour amenait à l'intérieur de l'hospice. Si bien qu'il fallut faire surveiller les abords des tours par la police ; aussi, en France, le dernier tour en usage, celui de Paris, fut-il supprimé en 1863. Depuis la disparition des tours, de nombreuses discussions ont été soulevées pour savoir s'il fallait les rétablir. Les partisans de cette institution avancent qu'elle sauve beaucoup d'enfants de la mort en garantissant le secret à la mère ; les adversaires du tour reprochent surtout à ce système de favoriser les calculs de l'immoralité. La vérité est que la suppression des tours fit augmenter dans des proportions effrayantes le nombre des avortements et des infanticides, comme l'ont bien montré Legier, dans sa thèse, en 1877, et Brochard, dans un article paru dans la Gazette des Hôpitaux, en 1878.

Le bureau ouvert. — Le bureau d'admission ouvert est celui qui fonctionne actuellement ; ce système garantit à la fille-mère le secret de sa faute. L'administration intervient, non comme une autorité pouvant refuser ou accorder l'admission, mais seulement comme un témoin qui ne rompt le silence que pour donner des conseils et non pour mettre obstacle à l'abandon. D'après les termes mêmes du rapport de Théophile Roussel, « l'hospice dépositaire recueille et admet sans distinction aucune, sans enquête aucune, tous les petits abandonnés qui s'offrent à sa charité ». Dans le bureau, bien en vue, l'avis suivant est affiché : « Toute personne qui présentera un enfant à l'abandon est avertie que des questions vont

lui être posées dans l'intérêt de l'enfant, mais qu'il lui est loisible de ne pas répondre, ou de ne fournir qu'une partie des renseignements demandés. La production du bulletin de naissance ne sera pas non plus obligatoire. » L'admission à bureau ouvert est pratiquée en Autriche et en Bohême, où les Etats particuliers entretiennent à leur charge des établissements spéciaux pour recueillir les enfants abandonnés ; en Belgique, où les tours furent supprimés plus récemment ; en Italie, où quelques tours subsistent encore ; en Russie où, avant la Révolution, les municipalités ayant la charge des abandonnés jouissaient d'un droit d'absolue initiative dans l'organisation du service.

Placement des abandonnés. — Que va devenir l'enfant ainsi abandonné ? Nous ne nous occuperons pas ici de son avenir lointain, de son éducation, des questions de tutelle, seul le petit de 0 à 6 mois nous intéresse. Arrivé à l'hospice, comment l'Assistance va-t-elle se comporter à son égard ? Ici les théories sont nombreuses et différentes. Elles varient suivant le lieu, suivant les locaux, le personnel, les moyens dont on dispose. Jusqu'à ces dernières années, dès que l'enfant était recueilli, il était immédiatement envoyé en nourrice, soit que l'on eut recours à des nourrices au sein, soit que l'enfant fut nourri artificiellement. Les salaires octroyés pour la garde, la nourriture et l'élevage étaient faibles ; leur taux importe peu et ne mérite pas d'être rappelé aujourd'hui, d'autant plus que les sommes allouées avant la guerre apparaissent comme vraiment misérables actuellement. Depuis 1919 les salaires ont été souvent modifiés. D'ailleurs, étant fixés par les Conseils généraux de chaque département, ils sont différents suivant les régions. Nous ne donnerons, comme exemple, que les chiffres

du département de Meurthe-et-Moselle. Tous les enfants étant nourris artificiellement, il n'y a aucune division à faire dans la première catégorie.

Suivant l'âge	Avril 1916 à avril 1920	Avril 1920 à avril 1924	Avril 1924 au 31 déc. 1924	Depuis le 1 ^{er} janv. 1925
De 0 à 15 mois	60	100	100	100
De 15 mois à 2 ans.	40	40	60	80
De 2 à 4 ans	37	37	50	70
De 4 à 8 —				
De 8 à 13 —				
	34	34	34	40

Nous ne discuterons pas ces chiffres. Le premier seul nous intéresse réellement. Peut-on, avec un salaire mensuel de 100 francs, nourrir un enfant, le surveiller, assurer sa propreté et celle de ses langes ?

Placement des abandonnés à Paris et en province. — A Paris, à l'heure actuelle, le recrutement amène dans les proportions considérables, de 11.000 à 12.000 par an, d'après Hutinel, des enfants de toute provenance et par conséquent fort suspects au point de vue contamination possible. Aussi, après un examen clinique aussi complet que sa rapidité le permet, divise-t-on ces poupons en deux catégories, les malades et les sains. Les premiers sont gardés à l'Hospice des enfants assistés ; le professeur Marfan, assisté de M^{me} Krebs Japy, dirige ce service. D'autres, identiques, existent à l'Hôpital des enfants malades avec les professeurs Nobécourt et Hutinel, à Bretonneau (docteur Guinon), à Trouseau (docteur Lesné), à la Maternité (docteur Ribadeau-Dumas). Ces petits malades y sont conservés et soignés aussi longtemps que leur placement paraît impossible. Les enfants sains, par contre, sont

envoyés immédiatement sur l'extérieur; ils sont placés en nourrice loin de Paris, les régions de la Beauce, de la Normandie, de l'Auvergne, de la Nièvre hébergent la plupart d'entre eux; à Paris, il est évidemment difficile d'assurer leur séjour plus longuement à l'hospice même. Nous ne faisons que citer ici ce procédé, nous verrons plus loin ce qu'il vaut et ce que l'on peut penser du sort d'un enfant, âgé le plus souvent de 5 à 6 jours au maximum et que l'on oblige à entreprendre par tous les temps d'aussi longs voyages. Quelle perturbation un tel déplacement est capable d'apporter dans un organisme aussi frêle!

A Poitiers, devant l'effrayante mortalité, un hospice des enfants assistés fut créé, annexé à la chambre d'allaitement de la maternité. Les mères nourrices qui y séjournent après leur accouchement, reçoivent une allocation et nourrissent les petits assistés.

A Lyon, le principe des centres d'élevage, imité des Américains et des Belges, a été admis. Les enfants sont confiés à des éleveuses, qui sont groupées dans un rayon assez restreint, où ils sont suivis par un médecin et une infirmière visiteuse.

Placement à Nancy. — Voyons à Nancy comment les choses se passent. Il y a peu de temps encore, au début de l'année 1924, l'hospice des enfants assistés était situé rue de Strasbourg, annexé à la maison Marin. Ces enfants, ainsi que ceux faisant partie de la chambre d'allaitement, n'avaient d'abord comme unique local qu'une chambre située au deuxième étage du pavillon gauche de la maison Marin.

Les divers changements apportés de 1920 à 1923 n'avaient guère amélioré les conditions d'hygiène dans lesquelles ces

poupons vivaient ; les enfants nourris au sein ou artificiellement, sans distinction d'âge, bien portants ou malades s'y trouvaient réunis. A un moment donné cette grande salle du deuxième étage contenait 18 nourrices avec leurs 18 enfants, 18 abandonnés dont plusieurs infectés, une infirmière, soit en tout 55 personnes !

En 1922, quelques pièces du rez-de-chaussée, basses, mal éclairées, mal distribuées, servant à la fois de chambre à coucher, salle à manger, cabinet de toilette, séchoir, cuisine pour les biberons, y furent adjointes. Nous avons visité plusieurs fois ce service, et nous nous efforçons d'en effacer le souvenir de notre mémoire ; l'humidité, l'encombrement, le bruit étaient ses qualités dominantes. Aussi, à cette époque, les quelques enfants qui ne mouraient pas dès leur entrée, étaient-ils placés le plus tôt possible en nourrice. Ceux qui souffraient étaient soignés sur place et, si leur état s'aggravait, étaient envoyés à la Pouponnière de l'Hôpital civil ; la mortalité était grande ; elle se comprend facilement ; la conduite tenue alors à l'égard de ces malheureux était leur seule chance de salut ; il fallait les éloigner de suite de cet hospice, qui n'avait d'hospice que le nom.

Depuis les locaux ont changé ; au début de l'année 1924, les enfants abandonnés, accompagnant l'abri maternel, ont été installés à l'hospice Saint-Stanislas, rue Saint-Dizier. Les enfants abandonnés sont placés sous la garde d'une infirmière dévouée, aimant les enfants et possédant toutes les notions utiles de puériculture. Deux vastes salles au deuxième étage leur sont réservées. Dans l'une, largement aérée, bien éclairée, régulièrement chauffée, c'est un plaisir et une satisfaction aussi de voir ces petits dans leurs lits bien blancs, séparés par des intervalles suffisants. Là, ils ne demandent qu'à vivre et

l'on comprend que ceux à qui la tâche incombe de les élever, aient un espoir bien plus grand. La deuxième salle est réservée à tout ce qui est nécessaire à ces petits, les baignoires y sont nombreuses, l'eau y coule, une pharmacie d'urgence s'y installe. Les résultats ne se sont pas fait attendre, bien que ce ne soit là qu'une installation provisoire et bien imparfaite encore.

Aussi les enfants ne sont-ils plus placés immédiatement. On les conserve un mois, six semaines à l'hospice, où chaque jour ils sont suivis et surveillés médicalement; tous les renseignements sur leur hérédité, lorsqu'on la connaît, sur leur état de santé sont soigneusement notés, les traitements utiles sont institués et, grâce au temps, permettent de véritables résurrections. Et ensuite, lorsque le régime qui lui convient a été établi, lorsque depuis plusieurs semaines l'enfant a repris son poids de naissance, l'a dépassé, alors seulement l'inspecteur de l'Assistance se charge de le placer. Ainsi ce n'est plus un nouveau-né, un petit hypotrophique souvent que l'on envoie, mais un beau poupon qui ne demande qu'à vivre et qui vivra.

Nous nous bornerons à quelques exemples de ces enfants qui ont pu être sauvés, grâce aux soins donnés à l'hospice.

OBSERVATION I

Br... Paulette, abandonnée le huitième jour. Mère ayant eu des accidents spécifiques soignés insuffisamment pendant la gestation. Enfant pesant 2 kg. 850 à sa naissance, 2 kg. 800 au moment de l'abandon. Traitement par des frottes dès l'admission. L'enfant a de la raideur des genoux et des coudes et des symptômes de tétanie. En outre, quelques mouvements convulsifs. Pendant un mois, plusieurs laits furent essayés et les phénomènes cessèrent, grâce à du chlorure de calcium en potion. Le traitement spécifique fut continué trois mois à l'hospice. L'enfant reprend du

poids régulièrement et fut placé à la campagne au moment où il pesait 4 kg. 850.

OBSERVATION II

Enfant de 2 kg. 820 au moment de l'abandon. Présente, peu après son entrée, des vomissements. Ne supporte pas le lait de vache. Son état devenant sévère nécessite l'administration de sérum en lavements. On essaya successivement plusieurs laits et après une poussée de pyodermite, qui faillit enlever l'enfant, le régime suivant fut adopté : lait condensé, farine lactée, eau de riz. En outre, il reçut soixante jours des frictions au mercure. Il reprit du poids et put être placé au troisième mois, pesant 5 kg. 980.

Evidemment, ici intervient la question de la contamination, de l'élevage en commun qui certes est importante. Mais pour ces petits c'est, croyons-nous, avec les locaux dont on dispose actuellement, le procédé de choix ; en réservant qu'une observation constante soit exercée, de façon à ce que l'hygiène la plus parfaite y règne. Cet élevage en commun sera certes une des causes qui augmentera la mortalité de ces petits, mais les résultats seront pourtant meilleurs. Wallich à Paris, d'Heucqueville à Lyon en sont de grands partisans.

Les enfants ayant un mois à six semaines au moment de leur abandon seront conservés moins longtemps à l'hospice. Leur régime normal est établi et, sauf pour ceux qu'un sévrage brutal a mis en état d'infériorité, le placement immédiat a lieu.

Un des écueils du placement, est la difficulté fréquente de trouver une nourrice au moment voulu. L'enfant court alors inutilement certains risques en restant à l'hospice. C'est pourquoi, dans le département de Meurthe-et-Moselle, une crèche fonctionnera d'ici peu à Blâmont pour les recueillir.

L'hospice Marin c'est le passé, l'hospice Stanislas est le

présent. Qu'y a-t-il eu de changé? Le personnel médical est resté le même; à part une infirmière, le personnel para-médical a peu changé. Il y a de l'air, de la place, les soins sont plus faciles; le changement est immense. L'avenir nous fait espérer mieux encore; dans les bâtiments qui leur seront réservés dans les jardins de l'ancien séminaire, près de la maternité modèle dont Nancy sera bientôt dotée, les enfants abandonnés vivront, c'est l'avenir, mais pourtant nous pouvons le prédire.

CHAPITRE IV

LA MORTALITÉ INFANTILE DE 0 A 6 MOIS

Avant de nous adresser aux statistiques de mortalité des enfants abandonnés, nous devons indiquer les difficultés que nous avons éprouvées pour recueillir les chiffres que nous allons citer.

Dans de nombreux travaux, thèses et rapports, la mortalité infantile se trouve étudiée, et le problème semble facile au premier abord. Mais si l'on éprouve la simple curiosité de comparer entre elles quelques-unes de ces statistiques, leur grande discordance prouve qu'il y a à leur base une erreur d'interprétation.

Nous ne citerons, comme exemple, que certaines statistiques, comme celles fournies à Paris où, pour le même service, la même année, un premier auteur donne une mortalité de 4 % à peine, alors que pour un autre elle est de 48 %. La différence est trop grande; il y a là une erreur volontaire ou involontaire. L'explication se trouve en rapport avec le pourcentage même des individus intéressés.

Dans certaines statistiques d'enfants abandonnés, on a certes bien noté le nombre des décès survenus de 0 à 6 mois, mais on a calculé son rapport au nombre total des enfants

assistés relevant du même service, c'est-à-dire âgés de 0 à 20 ans. Comme, et nous allons le voir bientôt, à partir de l'âge d'un an et même de six mois, la mortalité est ici comme en général d'ailleurs, très faible, il est évident que les résultats fournis seront bons et que ceux qui les citent peuvent les regarder avec un certain optimisme. La véritable statistique, celle qui est juste, dont on peut tenir compte et qui malheureusement est plus sombre, compare entre eux des éléments de même nature, des enfants du même âge. La mortalité de 0 à 6 mois y est étudiée comparativement au nombre d'enfants vivants abandonnés du même âge. Ainsi s'explique la grande différence qui existe; elle permet de faire comprendre que, dans deux départements voisins où les services fonctionnent d'une façon à peu près identique, il y ait une différence allant de 7 % à 78 %. C'est là un point sur lequel nous tenions à insister au début de ce chapitre: tout n'est pas de fournir des chiffres, il faut les expliquer.

D'autre part, une comparaison nous a paru utile, indispensable même et, avant d'étudier la mortalité des enfants abandonnés, nous étudierons brièvement certes, celle des enfants en général. Nous les prendrons dans les différents milieux et suivant leur mode d'alimentation. Comme terme de transition, nous nous servirons de l'enfant illégitime placé entre l'enfant légitime et l'abandonné, bien qu'il se rapprochât plus du premier que du second.

La mortalité de 0 à 6 mois et de 6 à 12 mois en général. — Nous devons donner les raisons qui nous ont limité à l'âge de six mois comme maximum: nous savons qu'un des caractères de l'enfant est la facilité avec laquelle il meurt. En général, les statistiques l'étudient de 0 à 1 an; certaines, plus

détaillées, nous la décrivent mois par mois. C'est de ces dernières que nous nous sommes servis. On est alors frappé de constater l'énorme différence qui existe entre les six premiers mois et les six suivants. Certains auteurs se bornent aux quatre premières semaines, mais là les statistiques sont rares. Aussi avons-nous pris un moyen terme.

Deux exemples nous montreront que cet arrêt à l'âge de 6 mois est bien fondé.

Nous avons utilisé pour nos recherches les statistiques fournies par l'Annuaire de la ville de Paris, celles fournies par le ministère du Travail, les statistiques de l'Assistance, les Bulletins de l'Académie de médecine dans ses rapports annuels sur l'hygiène de l'enfance, et les nombreuses thèses et travaux divers sur la question.

Thierry, dans sa thèse sur la mortalité infantile chez l'ensemble des enfants à Paris, donne les chiffres suivants :

Années	0 à 4 jours	5 à 9 jours	10 à 19 jours	20 à 29 jours	1 à 2 mois	3 à 6 mois	6 à 12 mois
1904	560	321	540	339	1215	1226	1748
1905	459	341	545	308	1217	1210	1587
1906	496	294	478	504	1193	1153	1624
1907	566	301	488	310	1078	1103	1480

ce qui montre que :

	Totaux décès	Dés les 6 premiers mois	De 6 à 12 mois
En 1904	5954	4206	1748
En 1905	5667	4080	1587
En 1906	5542	3918	1624
En 1907	5326	3846	1480

De même Porak citait à l'Académie de médecine les chiffres suivants :

Age du décès	Décès
0 à 4 Jours.	37,5 ‰
4 à 9 —	18,0 —
10 à 14 —	18,4 —
15 à 29 —	12,3 —
30 à 90 —	6,5 —
91 à 180 —	4,3 —
181 à 365 —	2,3 —

Les chiffres de ces deux statistiques s'adressent à la mortalité infantile en général. Ils suffisent, croyons-nous, à montrer la grande différence de la résistance vitale de l'enfant avant et après 6 mois.

Mortalité en général dans les six premiers mois. — En réunissant les différents groupes d'enfants, nous avons trouvé que la mortalité moyenne en France, de 0 à 6 mois, était de 14,5 %. Comparée aux autres pays d'Europe, la France aurait une mortalité assez peu élevée. En moyenne, nous avions, avant la guerre, la statistique suivante :

Bavière	29,6 %	Finlande	16,6 %
Wurtemberg	29,3	Belgique	15,3
Saxe	28,3	France	14,5
Russie	26,5	Angleterre	14,3
Autriche	25,08	Danemark	14,09
Hongrie	25	Ecosse	11,9
Prusse	21,5	Norvège	10,3
Italie	20,7	Irlande	9,68
Suisse	18,6		

En Angieterre, la mortalité actuelle serait tombée, d'après certains, à 7,7 %.

En France, pour quatre années, la moyenne était, en 1916, de 14,7 % ; 1917, 17,7 % ; 1918, 14,3 % ; 1919, 14,8 %.

Enfin, dans les différents départements, la mortalité de 0 à 6 mois est :

la plus élevée		la plus faible	
Seine	14,4 %	Cher	9,4 %
Gard	14,5	Indre	9
Bouches-du-Rhône..	14,9	Landes	8,9
Sarthe	15,7	Vendée	7,8
Seine-Inférieure ..	15,9	Creuse	6,9

La mortalité de 0 à 6 mois chez les enfants légitimes et illégitimes suivant le mode d'allaitement. — Voyons maintenant comment la mortalité varie suivant que l'enfant reste dans sa famille ou en est séparé et suivant son mode d'alimentation.

Un premier groupe, celui des privilégiés, est formé des enfants qui, après leur naissance, restent dans leur famille et reçoivent le lait de leur mère. Choyés et bien surveillés, nourris d'après les lois de la nature, ils ont le maximum de chances de vie. La mortalité y est relativement faible et ne s'élève qu'à une moyenne de 6,30 %.

A côté de ces enfants légitimes, plaçons les illégitimes, nourris au sein. Leur condition physiologique est presque identique à celle des précédents ; pourtant les soins dont ils sont entourés sont moins doux et moins réguliers ; le travail imposé à leur mère pendant la grossesse et pendant l'allaitement, souvent sont causes du taux de mortalité que l'on trouve un peu plus élevé et qui est en moyenne de 7,20 %.

La différence est peu sensible avec la catégorie précédente d'enfants, car toutes deux sont nourries au sein et conservent leur mère.

Pour les enfants illégitimes, qui sont élevés dans les crèches, où leur mère vient les nourrir, la mortalité doit être plus élevée; nous aurions voulu citer des chiffres, mais cela nous a été impossible, car elle y est calculée, combinée à celle des enfants à l'allaitement mixte et artificiel.

Enfin, parmi les enfants nourris au sein, se trouvent ceux qui sont allaités par une nourrice mercenaire. Les uns dans les classes aisées sont nourris au domicile familial, aucune statistique n'est possible pour eux; seuls les médecins de familles pourraient les fournir, et nous n'en avons trouvé aucune. Les autres vont au domicile de la nourrice et entrent dans la catégorie d'enfants que Wallich a désignée sous le nom de « séparés ». Ils doivent être bien soignés, ils bénéficient d'un lait humain et pourtant nous voyons le taux de leur mortalité s'élever à 21,4 %. Nous ne faisons que citer ce chiffre, ne voulant pas en tirer les conclusions qu'il entraîne, ce serait entreprendre l'histoire des petits séparés. Nous voyons se confirmer l'aphorisme du professeur Pinard: « Tout ce qui éloigne l'enfant de sa mère, le met en état de souffrance et en danger de mort ». Ce groupe d'enfants se réduit d'ailleurs de plus en plus; les exigences médicales et légales d'une part, la question matérielle d'autre part, font qu'une bonne nourrice au sein devient un sujet rare, presque précieux.

Voyons maintenant le sort réservé aux enfants nourris artificiellement, dont malheureusement le nombre croît sans cesse. Que la cause soit d'ordre familial ou social, ce groupe ne devrait pas augmenter. Malgré la campagne menée par tous les pédiâtres et accoucheurs afin que chaque enfant soit nourri par le lait de sa mère, auquel il a droit, beaucoup sont

allaités artificiellement. Parmi eux, réservons une première catégorie à ceux qui restent dans leur famille et qui, pour une cause quelconque, sont nourris au biberon. Malgré l'amour dont on les entoure et les soins que l'on apporte à leur alimentation, le taux de mortalité pourtant s'élève à 16,4 %. Entre les enfants qui, dans leur famille, sont nourris au sein et meurent dans la proportion de 1 sur 17, et ceux qui restent de même au foyer recoivent le biberon, la différence est grande; celle-ci est due évidemment aux troubles digestifs, au grand nombre de vomisseurs parmi les enfants nourris artificiellement. Pourtant la mère est là, ne l'oublions pas, sa présence et ses soins ne manquent pas à son petit.

Si l'enfant est éloigné du foyer familial, s'il est nourri artificiellement par ce que l'on est convenu d'appeler quand même une nourrice, nous voyons que souvent il ne franchit pas le cap des six mois. Les soins certes seront bien donnés, mais pour la préparation et l'administration des biberons, la mère ne sera jamais remplacée; son zèle, sa patience feront défaut. Si l'enfant est normal, si on dispose outre du lait de vache, de la gamme des différents laits industriels, il prospérera. Mais s'il est chétif ou débile, si un trouble léger survient, souvent il ne résistera pas et disparaîtra. Nous avons trouvé pour ce groupe un taux moyen de 29 %.

A côté d'eux et plus malheureux encore, se trouvent les enfants illégitimes, placés en nourrice et nourris artificiellement. Ici le placement, dans les villes surtout, est plus difficile à éviter, la mère travaille pour elle et son petit. La mortalité y sera élevée et dépasse 32 %, sans qu'une cause autre que le salaire moindre alloué à la nourrice puisse être invoqué.

En résumé, nous voyons que parmi les enfants la mortalité augmente dès qu'ils sont privés du sein, dès que la mère

s'éloigne : toujours l'illégitime meurt plus que l'enfant légitime. Les deux tableaux suivants le font ressortir clairement.

Si sur mille enfants, on compare le nombre des décès des légitimes et des illégitimes de 0 à 6 mois, on trouve, pour les années 1915 à 1919 :

ENFANTS LÉGITIMES

	0 à 4 jours	5 à 9 jours	10 à 14 jours	15 à 29 jours	31 à 60 jours	61 à 90 jours	91 à 180 jours
1915. .	3,09	1,61	1,39	1,03	0,54	0,40	0,34
1916. .	3,29	1,62	1,35	1,08	0,53	0,39	0,27
1917. .	3,52	1,85	1,47	1,14	0,56	0,39	0,26
1918. .	3,38	1,71	1,50	1,29	0,61	0,43	0,32
1919. .	3,45	1,68	1,45	1,15	0,55	0,37	0,27

Alors que dans les mêmes conditions, et pour les mêmes années pour les enfants illégitimes, on trouve :

	0 à 4 jours	5 à 9 jours	10 à 14 jours	15 à 29 jours	31 à 60 jours	61 à 90 jours	91 à 180 jours
1915. .	4,99	2,99	2,90	2,75	1,31	0,89	0,62
1916. .	5,47	3,09	3,40	3,37	1,52	0,99	0,59
1917. .	5,62	3,45	3,62	3,58	1,69	1,03	0,65
1918. .	5,67	3,52	3,87	4,50	2,04	1,25	0,82
1919. .	5,65	3,44	3,94	3,97	1,92	1,12	0,69

Avant d'entreprendre l'étude de la mortalité des assistés de 0 à 6 mois et de la comparer aux statistiques précédentes, nous voudrions placer ici un court paragraphe se rattachant peut-être moins à notre sujet, mais dont l'utilité nous semble pourtant grande. Pendant le cours de nos études, nous avons entendu souvent M. le professeur Haushalter répéter combien il avait toujours été frappé par le faible taux de la mortalité infantile dans certaines classes de notre région. Il nous

a demandé de chercher dans vingt familles de milieux différents le nombre d'enfants morts de 0 à 1 an. Nous nous sommes adressés à vingt familles de la bourgeoisie aisée, à vingt familles de paysans et à vingt familles d'ouvriers prises au hasard. Nous n'avons choisi que celles où l'âge des parents rendait une nouvelle grossesse impossible et nous n'avons tenu compte ni des avortements, ni des morts-nés.

1° Pour les vingt familles bourgeoises, sur un total de 51 enfants, nous avons trouvé 9 décès, dont 4 survenus avant l'âge d'un an, soit 9,5 % par rapport au nombre total des enfants vivants, et 7,8 % par rapport au total des grossesses.

2° Pour les vingt familles d'agriculteurs et de paysans, sur 76 naissances, nous avons noté 14 décès, dont 8 survenus avant les douze premiers mois révolus, c'est-à-dire 12,9 % par rapport au nombre d'enfants vivants et 10,5 % par rapport au nombre total des grossesses.

3° Enfin, chez l'ouvrier, sur 107 naissances, il y a eu 25 décès, dont 13 survenus avant la fin de la première année, soit 15,8 % par rapport au nombre des enfants vivants et 12,1 % par rapport au total des grossesses.

Nous voyons dans cette statistique que, si la bourgeoisie a peu d'enfants en moyenne, elle en perd peu surtout dans la première année. Comparativement, le nombre des enfants est plus élevé chez les paysans et chez l'ouvrier, mais nous voyons aussi les chiffres de la mortalité infantile s'y élever dans de notables proportions. Chez l'ouvrier, il y a des grossesses plus nombreuses, mais c'est dans ce milieu que la mortalité, pour la première année, est de beaucoup la plus grande.

La mortalité des enfants abandonnés de 0 à 6 mois. — Après tous ces enfants, il en reste un dont le sort nous intéresse

beaucoup plus, c'est celui qui, abandonné soit dès sa naissance, soit quelques jours après, reste seul sur terre, sans soutien, sans défense. Si les institutions d'assistance n'existaient pas, il mourrait aussitôt. La nature qui pourtant prévoit tout, n'a rien prévu pour lui et ce serait là l'argument majeur à invoquer pour prouver que l'abandon est un crime. Nous avons vu dans quelles conditions et pourquoi on l'abandonne, la façon dont la société le recueille et s'occupe de son avenir. Etudions les statistiques que nous avons pu trouver pour les siècles derniers.

A l'étranger d'abord, en Angleterre, sir John Boquare, dans son rapport de Dublin, signale que sur 7.650 entrées à l'hospice, de 1781 à 1784, 2.944 enfants étaient décédés quinze jours après. En 1790, sur 2.180 admissions, 187 seulement avaient atteint l'âge d'un an. En 1791, le même auteur rapporte que sur 19.420 enfants recueillis en l'espace de vingt ans, il y en avait 17.440 dont on ne pouvait rendre compte. De 1798 à 1805, sur 12.786 abandonnés, cinq ans plus tard, 135 vivaient encore. A Vienne, en 1811 et 1812, on perdait 92 à 93 % des enfants abandonnés. Par la suite, les enfants furent placés à la campagne. La mortalité baissa aussitôt et serait tombée à 12 ou 13 %. Cette différence énorme correspond trop peu à la réalité pour que nous puissions l'admettre, nous n'avons pas pu trouver une seconde statistique de la même époque qui nous permit de la contrôler. Marc signale qu'en 1815, dans une principauté importante de l'Allemagne du Sud, un seul enfant put être élevé sur 180 abandonnés. A Moscou, à Naples, la mortalité est de 57 et 59 %.

En France, les premières statistiques exactes que nous avons pu recueillir sont celles de la Maison de la Couche, à Paris. En 1630, sur 1.092 enfants admis au-dessous d'un

mois, 390 mouraient de 1 à 3 mois; 106 de 3 à 6 mois et 114 de 6 mois à un an, soit 539 décès, dont 425 survenus avant le début du 7^e mois.

Sur 133 admis de 1 à 3 mois, 19 mouraient à l'entrée, 25 de 3 à 6 mois et 18 de 6 mois à 1 an, soit 62 décès dont 44 survenus avant le 7^e mois. Dans l'ensemble, sur 4683, 48,3 % étaient décédés.

Au début de la seconde moitié du XVIII^e siècle, la mortalité est encore plus élevée. Sur 3.404 abandonnés de moins d'un mois, 2.088 étaient morts de 1 jour à 3 mois, 149 de 3 à 6 mois, soit 2.237 avant la fin du sixième mois et 142 de 6 mois à 1 an. Le taux total était de 69,9 %.

Après la Révolution, la mortalité augmente et cette fois dans des proportions considérables. En 1804, nous relevons les chiffres suivants: sur 3.406 enfants admis, âgés de moins d'un mois, 3.129 étaient morts avant qu'ils aient atteint l'âge de 3 mois; 38 avant 6 mois, soit en tout 3.167 décès. Sur 74 admis âgés de 1 à 3 mois, 33 décédaient à l'entrée et 38 avant l'âge de 6 mois, soit 71 au total. Sur 57 admis âgés de 3 à 6 mois, 28 mouraient avant les 6 mois révolus.

En 1804, le taux général fut de 92,13 %.

En 1815, sur 5.919 enfants recueillis à l'Hôtel-Dieu de Paris, il n'en restait que 884 à l'âge de 6 mois. En 1818, nous trouvons 68 % de décès avant 6 mois. En 1820, sur 5.101 admis, 1.417 meurent à l'hospice, 1.211 à la campagne. En 1821, sur 4.963 admis, 1.298 meurent à l'hospice, 1.147 à la campagne. En 1822, sur 5.040 admis, 1.235 meurent à l'hospice, 1.293 à la campagne.

De 1845 à 1855, Vacher signale une mortalité de 60 %, la plupart des enfants ne dépassant pas le premier mois. Il ajoute qu'alors que sur 100 enfants en général, 31,88 % n'at-

teignent pas la douzième année, 70,59 % abandonnés meurent avant cet âge. En 1858, dans le département de la Seine, il y a 58,91 % de décès. Pour la même époque, Husson signale que sur 13.565 enfants abandonnés, 7.732 succombent avant six mois.

La mortalité des abandonnés à Paris et dans les départements. — Voyons maintenant les chiffres donnés depuis le début du xx^e siècle. Pour Paris et le département de la Seine, les statistiques sont très sombres. Variot, dans une lettre qu'il permet de publier donne la triste statistique suivante :

Année 1900.....	39 %	Année 1909.....	49,8 %
— 1902.....	41	— 1910.....	53,2
— 1905.....	43	— 1914.....	58,4
— 1906.....	45	— 1916.....	70
— 1907.....	48	— 1919.....	82

En 1919, devant l'augmentation régulière du nombre des décès, l'administration de l'Assistance décida le transfert des enfants. Le changement de local seul fit baisser la mortalité, en 1920, au taux de 41,3 %. En 1921, le taux n'est plus que de 32 % ; en 1922 de 23,2 % et en 1923 de 21,6 %.

Nous voyons avec quelle rapidité le taux est tombé de 82 à 21,6 %. Quelles modifications importantes pouvant expliquer cette énorme différence a-t-on apportées ? Elles sont de deux ordres. Pour les enfants restant à Paris, le changement de local, l'application des règles d'hygiène et les leçons de puériculture données aux infirmières suffirent ; pour les enfants placés, la création des centres de placement, le choix plus sérieux des nourrices et leur surveillance y aidèrent. Les efforts des professeurs Pinard, Marfan, Nobécourt, Couve-

laire et Wallich n'ont pas été inutiles, ils portent déjà actuellement leurs fruits.

Dans les départements, les statistiques fournies sont différentes les unes des autres. Partout la mortalité est élevée; malgré cela, dans certaines régions, les taux indiqués sont très faibles. Est-ce là l'exacte vérité? Nous le souhaitons et en serions très heureux. Mais alors pourquoi ne pas appliquer dans les départements à mortalité élevée la même conduite que dans ceux où elle atteint à peine le taux de celle des enfants légitimes? Ce serait pourtant simple et facile. Les médecins de l'Assistance ont souvent même origine, ils sont en rapport les uns avec les autres; les inspecteurs départementaux relèvent du même service et communiquent entre eux.

Nous avons groupés les départements ayant le même taux de mortalité entre eux et nous avons :

- 50 à 59 % Ariège, Bouches-du-Rhône, Meurthe-et-Moselle.
- 40 à 47 % Calvados, Loire, Nord, Hautes-Pyrénées, Var.
- 30 à 39 % Ain, Aisne, Allier, Ardennes, Charente-Inférieure, Dordogne, Doubs, Gironde, Hérault, Indre, Indre-et-Loire, Savoie, Tarn, Tarn-et-Garonne, Vaucluse, Vienne.
- 20 à 29 % Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Ardèche, Aude, Cher, Corrèze, Corse, Côte-d'Or, Côtes-du-Nord, Dordogne, Finistère, Gard, Haute-Garonne, Ille-et-Vilaine, Isère, Landes, Haute-Loire, Loiret, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Manche, Marne, Morbihan, Oise, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Rhône, Hte-Saône, Saône-et-Loire, Seine, Seine-et-Oise, Yonne.

- 10 à 19 % Aube, Aveyron, Cantal, Charente, Eure, Eure-et-Loir, Jura, Loir-et-Cher, Loire-Inférieure, Lot, Lozère, Mayenne, Meuse, Nièvre, Orne, Basses-Pyrénées, Sarthe, Haute-Savoie, Seine-Inférieure, Seine-et-Marne, Deux-Sèvres, Somme, Haute-Vienne.
- 2 à 7 % Belfort, Creuse, Gers, Haute-Marne, Vendée et Vosges.

Une telle statistique est peut-être juste pour beaucoup de départements, mais comment admettre que des régions voisines comme la Meurthe-et-Moselle, les Vosges, la Haute-Marne, ayant les mêmes mœurs, les mêmes coutumes, présentent une différence allant de 59 à 2 % ? Cela ne nous semble guère possible.

Une deuxième statistique, se rapprochant beaucoup plus de la réalité, donne une mortalité de :

70 à 80 % au-dessous de 6 mois dans 2 départements			
60 à 70 %	—	7	—
50 à 60 %	—	11	—
40 à 50 %	—	13	—
30 à 40 %	—	22	—
Au-dessous de 30 %	—	31	—

En général donc la mortalité dépasse de beaucoup celle des enfants légitimes et illégitimes.

La mortalité des abandonnés en Meurthe-et-Moselle. — Voyons avec un peu plus de détails et ici avec une précision certaine, ce qui se passe à Nancy. Nous ne ferons pas de distinction quant au mode d'allaitement, car aucun enfant ne

fut nourri au sein. Nous nous excusons de n'apporter les statistiques que des cinq dernières années, mais leur étude nous a paru suffisante par les conclusions que l'on peut en tirer. Ces statistiques proviennent d'une part des registres de décès du service des enfants abandonnés et d'autre part du bureau de l'inspecteur de l'Assistance du département de Meurthe-et-Moselle.

ANNÉE 1920

AGE à l'admission	NOMBRE	AGE AU MOMENT DU DÉCÈS								SURVIVANTS	
		0 à 4 jours	5 à 9 jours	10 à 14 jours	15 à 30 jours	31 à 90 jours	91 à 180 jours	Total de 6 mois	181 à 365 jours		Total de 1 an
De 0 à 4 jours ..	29		2	6	8	4		20	1	21	8
5 à 9 — ..	59			6	36	15		57		57	2
10 à 14 — ..	23				16	5		21	1	22	1
15 à 30 — ..	13					8	3	11		11	2
31 à 90 — ..	21					12	5	17		17	4
91 à 180 — ..	6						3	3	3	6	
181 à 365 — ..	7								6	6	1
Totaux...	158		2	12	60	44	11	129	11	140	18

Donc, pour l'année 1920, sur 151 enfants, 129, soit 85,4 %, étaient décédés avant six mois révolus, et 88,5 % avant la fin de la première année.

TABLEAU.

ANNÉE 1921

AGE à l'admission	NOMBRE	AGE AU MOMENT DU DÉCÈS								SURVIVANTS	
		0 à 4 jours	5 à 9 jours	10 à 14 jours	15 à 30 jours	31 à 90 jours	91 à 180 jours	Total de 6 mois	181 à 365 jours		Total de 1 an
De 0 à 4 jours ..	32	2	5	11	6	4	28	1	29	3	
5 à 9 — ..	26		1	12	5	2	20		20	0	
10 à 14 — ..	19			4	10	1	15		15	4	
15 à 30 — ..	6			1	4		5		5	1	
31 à 90 — ..	6				3		1		4	2	
91 à 180 — ..	4							2	2	2	
181 à 365 — ..	3							1	1	2	
Totaux...	96	2	6	28	28	8	72	4	76	20	

Pour l'année 1921, sur 93 enfants, 72, soit 78,5 % sont morts avant le début du septième mois et 76, soit 79,1 %, avant la fin de la première année.

ANNÉE 1922

AGE à l'admission	NOMBRE	AGE AU MOMENT DU DÉCÈS								SURVIVANTS	
		0 à 4 jours	5 à 9 jours	10 à 14 jours	15 à 30 jours	31 à 90 jours	91 à 180 jours	Total de 6 mois	181 à 365 jours		
									Total de 1 an		
De 0 à 4 jours ..	13		1	4	4	2		11		11	2
5 à 9 — ..	27			1	5	2	3	11		11	16
10 à 14 — ..	22			1	11	2		14	1	15	7
15 à 30 — ..	10					4	1	5	1	6	4
31 à 90 — ..	6					1	1	2		2	4
91 à 180 — ..	0						2	2		2	4
181 à 365 — ..	3								2	2	1
Totaux...	87		1	6	20	11	7	45	4	49	38

Soit, sur 84 enfants, 45 de décédés avant la fin du sixième

mois, c'est-à-dire 53,5 % et 49 décédés avant l'âge d'un an, soit 56,3 %.

ANNÉE 1923

AGE à l'admission	NOMBRE	AGE AU MOMENT DU DÉCÈS								SURVIVANTS	
		0 à 4 jours	5 à 9 jours	10 à 14 jours	15 à 30 jours	31 à 90 jours	91 à 180 jours	Total de 6 mois	181 à 365 jours		
								Total de 1 an			
De 0 à 4 jours ..	23	1	1	5	3	1	2	13	2	15	8
5 à 9 — ..	50			1	14	8	2	25	2	27	23
10 à 14 — ..	33				11	8	2	21	2	23	10
15 à 30 — ..	8				1	1	1	3		3	5
31 à 90 — ..	6					1		1		1	5
91 à 180 — ..	5						2	2		2	3
181 à 365 — ..	7										
Totaux...	132	1	1	6	29	19	9	65	6	71	61

Soit sur 125 enfants abandonnés, 65 décès avant la fin du sixième mois ou 52 % et 71 avant la fin de la première année ou 53,8 %.

ANNÉE 1924

AGE à l'admission	NOMBRE	AGE AU MOMENT DU DÉCÈS								SURVIVANTS	
		0 à 4 jours	5 à 9 jours	10 à 14 jours	15 à 30 jours	31 à 90 jours	91 à 180 jours	Total de 6 mois	181 à 365 jours		
									Total de 1 an		
De 0 à 4 jours ..	19	2	2					4	1	5	14
5 à 9 — ..	42				5	6		11	2	13	29
10 à 14 — ..	16				2	2	1	5	1	6	10
15 à 30 — ..	6					1		1	1	2	4
31 à 90 — ..	6					1		1	1	2	4
91 à 180 — ..	7								2	2	5
181 à 365 — ..	6										6
Totaux...	102		2	2	7	10	1	22	8	30	72

Soit sur 96 abandons 22 décès avant la fin du sixième mois ou 22,9 % et 30 avant la fin de la première année ou 29,4 %.

De ces statistiques se dégagent quelques conclusions que l'on doit tirer de suite. Avant tout, il faut signaler que le nombre des assistés, qui en 1920 était de 158, est tombé aux environs de 100 et s'y maintient. La différence est très appréciable et la fondation de l'Abri maternel n'y est sûrement pas étrangère.

Sa création, en 1919, à l'annexe de l'hôpital Marin, fit baisser le nombre des abandons ; son installation, en avril 1924, à l'hospice Saint-Stanislas, en augmentant le bien-être des nourrices, en permettant de les conseiller et de les réconforter plus longtemps, nous donne le nombre relativement faible de 100 abandons pour l'année 1924.

Ensuite nous voyons que, suivant la règle générale, le maximum des décès se produit parmi les abandonnés âgés de un à quinze jours, au moment de la séparation, et que ces décès se produisent pour la plupart avant la fin du premier mois.

Enfin, pour les six premiers mois, le taux de mortalité passe de 85,4 %, successivement à 78,5 %, puis 53,5 %, 52 % et 22,9 %. Le département de Meurthe-et-Moselle, qui par la franchise de ses statistiques occupait un rang qui lui fut fortement reproché, se trouve ramené à une moyenne relativement faible. Les différentes transformations apportées au service, son transfert à l'hospice Saint-Stanislas y ont contribué pour une grande part. Pourtant nous verrons que l'on peut espérer mieux encore, car actuellement l'idéal est loin d'être atteint. Le service ne dispose que d'une seule salle pour les berceaux ; si une désinfection s'impose, la place fait défaut. D'autre part, l'absence de salles d'isolement et l'insuffisance du personnel se font gravement sentir.

CHAPITRE V

CAUSES DE MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC L'ABANDON

La mortalité des enfants assistés de 0 à 6 mois est beaucoup plus élevée que celle des enfants du même âge, légitimes ou illégitimes. C'est donc que l'abandon par lui-même est entouré de causes qui lui sont étroitement unies, qui mettent le malheureux séparé dans un état d'infériorité physiologique notable. Ces causes, nous allons les reprendre une à une, afin de montrer l'importance relative de chacune d'entre elles, et afin ensuite de pouvoir en indiquer les remèdes. Nous les avons divisées en deux groupes; le premier renferme les causes d'ordre pathologique ressortissant à l'enfant lui-même, à son hérédité, conditions qui, même si l'enfant restait dans sa famille pourraient intervenir, mais qui après l'abandon acquièrent des conséquences beaucoup plus graves. Dans le second groupe, par contre, nous avons placé les causes de mortalité indépendantes du nouveau-né et qui surgissent du fait de l'abandon. C'est dans cet ordre que nous allons les étudier.

A. — CAUSES DE MORTALITÉ AUGMENTÉES PAR L'ABANDON

L'époque de l'abandon. — La première de ces causes est due à l'époque même de l'abandon. Nous avons établi la statistique suivante :

En 1920, sur 158 abandonnés à Nancy, 26 ont été abandonnés dans les quarante-huit premières heures qui suivent la naissance, 59 du troisième au septième jour, 73 après le septième jour.

En 1921, sur 96 abandonnés, 15 l'ont été dans les quarante-huit premières heures, 43 du troisième au septième jour et 28 après le septième jour.

En 1922, sur 87 abandonnées, 12 l'ont été dans les quarante-huit heures, 28 du troisième au septième jour, et 37 après.

En 1923, sur 132 abandons, 21 ont eu lieu dans les quarante-huit heures, 52 du troisième au septième jour et 59 après.

En 1924, sur 102 abandons, 17 ont eu lieu dans les quarante-huit heures, 44 du troisième au septième jour, 41 après.

Les premiers n'ont jamais reçu le sein, souvent vêtus d'une façon misérable et insuffisante, ils subissent l'influence de l'air extérieur à n'importe quelle saison pendant leur transport et présentent de plus un ombilic non encore cicatrisé. Les deuxièmes ont reçu à la maternité, puisqu'en général ils en proviennent, les premiers soins ; ils ont été nourris pendant ces quelques jours par leur mère, suppléée souvent même par une autre nourrice au moment de la montée de lait ; puis ils ont été brusquement sevrés et apportés au moment où ils regagnent leur poids de naissance. Les derniers enfin ont vécu dans le milieu familial un certain temps avant d'être abandonnés. Pour eux, les chances de vie seront plus grandes, car plus l'abandon sera tardif, plus l'enfant résistera.

Parmi tous ces enfants, nous ferons surtout remarquer que la plupart d'entre eux sont abandonnés au moment où ils regagnent leur poids de naissance, c'est-à-dire vers le septième jour. C'est à ce moment seulement que l'enfant évolue, qu'il va se développer si tout est normal ; mais c'est à ce moment aussi, si on change quelque peu ses habitudes, qu'il réagira le moins bien, qu'il sera le plus fragile. Le nouveau-né est un être délicat qui demande à être manié avec soins, prudence et sans le moindre à-coup ; ce changement brutal et complet à la fin de la première semaine est trop rapide pour qu'il puisse facilement s'adapter à son nouveau milieu.

Le sevrage précipité entraîne plus d'accidents qu'on ne le croit communément. D'Heucqueville, dans son rapport à l'Académie de médecine, en janvier 1924, donne la statistique intéressante suivante :

MORTALITÉ PAR SEVRAGE SUIVANT L'ÂGE

Moins de 1 mois : 3 cas sur 91, soit 3 %.

Moins de 2 mois : 7 cas sur 129, soit 5 %.

Moins de 3 mois : 10 cas sur 33, soit 30 %.

Moins de 4 mois : 1 cas sur 16, soit 7 %.

Moins de 5 mois : 1 cas sur 9, soit 13 %.

Prématurité et débilité. — Ce sevrage, il le supportera d'autant plus difficilement que la plupart des abandonnés sont des premiers nés et que le « fait d'être premier né est une tare, légère certes, mais réelle » (Wallich et Fruhinsholz). En outre, souvent il est un prématuré. Nous n'avons pas trouvé de statistique exacte indiquant le pourcentage des prématurés parmi les abandonnés ; en général elles se contentent de donner les poids, le défaut de renseignement ne permettant pas de savoir

si les enfants sont nés à terme. Mais beaucoup sont des chétifs qui souffrent des misères physiques et morales que la mère a dû supporter pendant la gestation. Chez la plupart de ces filles mères, la grossesse que l'on a voulu cacher fut un véritable calvaire; non seulement le travail a continué comme par le passé, mais souvent il fut plus suivi, plus rude. Nous n'insisterons pas sur les conséquences que peuvent avoir sur l'enfant ce surmenage, les fatigues, la taille serrée, c'est une question plus d'ordre obstétrical que d'ordre médical. Les femmes travaillent aujourd'hui plus que jamais et pourtant, déjà en 1857, Michelet écrivait: « L'ouvrière, mot impie, sordide, qu'aucune langue n'eût jamais connue, qu'aucun temps n'aurait compris avant cet âge de fer, et qui balancerait à lui seul le prétendu progrès. » Nous nous bornerons à citer deux statistiques de Tissot, au sujet du travail des mères.

Sur 104 femmes s'étant reposées longuement, il y a 78 accouchements à terme, soit 73 %; 26 accouchements avant terme, dont 19 à 8 mois $1/2$, 6 à 8 mois et 1 à 6 mois.

Sur 130 femmes ayant travaillé, il y a 64 accouchements à terme, soit 43 %; 66 accouchements avant terme, dont 25 à 8 mois $1/2$, 22 à 8 mois et 19 avant 8 mois.

Il est évident que c'est dans cette deuxième catégorie d'enfants que se trouvent la plupart des abandonnés. Or, en étudiant le sort de ces prématurés, on y relève une mortalité moyenne de 43 % se répartissant ainsi: 31,6 % de 1 à 10 jours; 15,3 % de 11 à 30 jours; 22,5 % de 30 à 60 jours; 20,7 % de 60 à 90 jours.

D'ailleurs, le poids des abandonnés indique suffisamment leur prématurité fréquente. Prenons comme exemple les statistiques que nous établissons à Nancy.

Sur 150 abandonnés, 27 pèsent à leur entrée de 1.125 à

2.500 gr., soit 18,4 % ; 44 pèsent de 2.500 à 3.000 gr., soit 29,3 % ; 79 pèsent au delà de 3.000 gr., soit 66 % seulement.

Cassoute, à Marseille, signale, de 1918 à 1920, 555 enfants pesant au-dessous du poids normal.

De même, un autre facteur de mortalité est la débilité. En 1921, sur 76 décès, plus de la moitié, 41, ont pour cause la débilité, soit 53 %. Ces débiles à l'aspect de vieillards, au faciès ridé, sont bientôt des athrepsiques ; souvent même ce ne sont pas des débiles, mais de véritables avortons, dont le poids varie entre 800 et 1.500 grammes que l'on abandonne, et ces déchets viennent considérablement assombrir nos statistiques. Dans une famille, outre la mère, les grands parents, les frères et sœurs plus âgés, sont un aide précieux pour élever de tels enfants ; dans une maternité, les sages femmes sont nombreuses et dévouées, et pourtant nous savons les difficultés que leur élevage présente. Outre les tétées plus fréquentes, les enveloppements, les couveuses dont la température exige une surveillance de tous les instants, que de soins pour aider les débiles à gagner, petit à petit, leur poids normal. Chez un nouveau-né restant auprès de sa mère, la naissance prématurée, la débilité sont des tares souvent passagères, dont les conséquences s'effaceront, fréquemment dans un avenir assez lointain ; chez l'abandonné, au contraire, ces tares subsistent et évoluent souvent vers la cachexie. Hervieux, Parrot ont noté que l'atrophie-athrepsie frappait surtout les débiles. « Sur 100 nourrissons atteints de la terrible cachexie, dit Parrot, 70 % sont d'anciens débiles. Cette débilité permet difficilement un allaitement artificiel et le rend impossible dans un hospice où les petits malades sont nombreux. »

L'hérédité alcoolique, tuberculeuse et syphilitique. — Après

ces différents facteurs de mortalité des abandonnés, il en est trois autres qui, s'ils frappent les autres enfants, sont rencontrés ici avec leur maximum de fréquence, nous voulons parler de l'hérédité alcoolique, tuberculeuse et syphilitique.

L'alcoolisme des procréateurs a une action très nette sur les enfants, nous nous contentons de le signaler, car c'est un point reconnu depuis longtemps. Combien de ces pauvres petits abandonnés « enfants du hasard et de l'amour » ont-ils été conçus sous l'influence de l'alcool ! Ils sont nombreux. A la naissance leur aspect parfois floride cache pourtant une grande débilité ; les troubles gastro-intestinaux sont fréquents chez eux. Nous verrons, au chapitre suivant, le peu d'emprie que nous, médecins, avons contre ce fléau. Contre l'alcoolisme des parents, le médecin, pédiatre ou accoucheur ne peut que conseiller ; et qu'est-ce qu'un conseil pour lutter contre un tel vice !

C'est après avoir hésité quelque peu, que nous avons placé la tuberculose comme facteur aggravant de la mortalité infantile de l'abandonné. En effet, si certains auteurs et parmi eux Landouzy soutiennent que la bacillose est héréditaire, d'autres, actuellement, avec Léon Bernard, considèrent que l'enfant issu de parents tuberculeux n'est pas particulièrement prédisposé à la tuberculose. Ils vont même plus loin, et estiment que ces enfants, soustraits à la contagion, croissent et se développent comme des enfants sains et normaux. Cette question du rôle de l'hérédité et de la contagion aussitôt après la naissance, surtout par le lait de la mère, est loin d'être tranchée. Il semblerait donc que pour certains, l'abandon, loin d'être un mal, fut plutôt un bienfait. Mais n'oublions pas que, si l'enfant issu de parents tuberculeux peut naître indemne de bacillose, il risque davantage d'être un débile ou un dystrophique. D'ail-

leurs, en clinique, la tuberculose ne se rencontre pas fréquemment de 0 à 6 mois. Pourtant, sur 27 observations de nouveaux-nés à cûti-réaction positive, Cocault-Duverger a trouvé avant six mois 75 % de mortalité; mais ces 27 cas sont des cas rares, qui ont dû être dépistés parmi un grand nombre de poupon. Signalons de même que Comby, sur 1.197 autopsies, compte 38,5 % de tuberculeux, dont 16 % de 3 à 6 mois et 26 % de 6 à 12 mois. Concluons donc que, pour l'assisté, la bacillose relativement fréquente des parents sera plutôt une cause de débilité qu'une cause de mortalité proprement dite.

Enfin, il nous reste un troisième facteur, plus important: l'hérédo-syphilis. D'après Marfan, on note la plus grande fréquence de la syphilis héréditaire précoce en ville et souvent à l'hôpital, où l'on observe un plus grand nombre de malades, et Lesné ajoute: « c'était à prévoir, car pendant la guerre, le nombre des syphilitiques a été considérable, non seulement chez les soldats, mais aussi dans la population civile ». Denécheau, d'Angers, relève 50 % de cas dans une crèche qu'il a dirigée ces dernières années; Blechmann, enquêtant sur la syphilis héréditaire, pense que sans voir dans tous les assistés des syphilitiques, il est certain pourtant que beaucoup en sont atteints. La spécificité ne s'y révèle pas seulement par les éruptions et malformations caractéristiques, mais aussi par beaucoup de troubles ou de symptômes légers que l'habitude et l'expérience permettent de déceler.

En clinique générale, nous connaissons l'action néfaste de la spécificité des parents sur les enfants; depuis la thèse si documentée de Bobrie, de nombreux travaux ont étudié cette question. Dans 500 ménages entachés de syphilis, il y a eu 1.127 grossesses donnant 600 enfants sains, 230 avortements, 245 enfants débiles morts peu après la naissance,

38 enfants syphilitiques ayant survécus et 14 dégénérés, hydrocéphales, arriérés ou idiots. En 1923, sur 100 femmes accouchées, Brindeau constate 9,6 % de réactions positives. Le professeur Nobécourt cite des chiffres semblables pour les accouchées et les enfants, il note 9,44 % de Bordet Wassermann positifs avant un an. La proportion des hérédosyphilitiques est évidemment bien supérieure, car tous ne présentent pas une réaction positive.

Or étant donnée la fréquence actuelle de la syphilis, combien de nos assistés de 0 à 6 mois sont-ils touchés ? En général les statistiques sont muettes à ce sujet. En effet, le plus souvent, les renseignements manquent et on soupçonne la spécificité chez le nourrisson plutôt qu'on ne la voit. Aussi, actuellement, la règle est-elle de soumettre presque tous les assistés au traitement d'épreuve par le mercure en frictions. Quels que soient les symptômes pathologiques qui apparaissent, laissant entrevoir une syphilis possible : vomissements, stagnation de poids, circulation veineuse frontale, érythèmes fessiers suspects, l'enfant reçoit aussitôt des frottes. La fréquence de ce traitement, qui n'est réservé qu'aux cas douteux, un traitement plus énergique devant être institué quand le diagnostic se précise, sera invoquée plus loin par nous en faveur de la non évacuation immédiate de l'enfant hors de l'hospice. En 1922, à Marseille, chez les enfants assistés, Cassoute obtient 37 % d'améliorations par le traitement ; en 1920, il avait signalé déjà 57,5 % de résultats. De 1913 à 1919, pendant la période troublée de la guerre, il y avait eu 38,4 % de succès. A Nancy, le nombre de succès signalés est de un cas sur trois enfants abandonnés.

La statistique ne nous semble pas pouvoir être établie autrement que par le traitement d'épreuve. Rarement la réaction

de Wassermann peut être faite, rarement des lésions spécifiques vraiment caractéristiques apparaissent. Retenons donc seulement la grande fréquence de l'hérédo-syphilis chez les abandonnés.

B. — CAUSES DE MORTALITÉ DUES A L'ABANDON LUI-MÊME

Les causes de mortalité que nous avons envisagées frappent tous les enfants, mais se rencontrent plus fréquemment chez les abandonnés; celles que nous allons envisager à présent sont propres à l'enfant abandonné; elles sont surajoutées aux risques que tout enfant apporte avec lui en naissant et elles sont loin d'être négligeables.

L'absence de la mère. — La première, celle que nous plaçons volontairement en tête de ce chapitre, parce qu'elle est la plus importante et que souvent on ne lui réserve pas la place qu'elle mérite, c'est l'absence de la mère; c'est elle seule qui explique l'énorme différence de la mortalité des abandonnés et des illégitimes. Le père, lui, joue dans les premiers mois de la vie de son enfant, un rôle très secondaire; par sa présence, par son travail, il réconforte et aide la mère, mais pour l'enfant lui-même, son absence est de bien moindre importance. Par contre, la mère elle ne peut être remplacée. Le nouveau-né, pendant les premiers temps de l'existence, ne présente qu'un charme très relatif pour tout autre que la mère; peu de pères, au début, prêtent attention aux tout petits; à ce moment l'enfant ne sourit pas, ne joue pas, ce n'est qu'un petit être capable de crier et de pleurer; il est cause des nuits sans sommeil, aussi ne peut-il être soigné qu'avec un peu de cœur. L'amour maternel, dont la profon-

deur et l'ardeur ont été si souvent chantées, protège et élève l'enfant. Qu'un poupon soit élevé avec le plus de soins possibles, qu'il ait autour de lui gardes et infirmières, rien ne remplacera celle que la nature a chargé de le veiller ; une mère connaît son enfant, pas un instant ne se passe sans qu'elle le veille avec ce don qui souvent lui fait apercevoir, deviner presque, le moindre symptôme alarmant, qui fréquemment passerait même inaperçu aux yeux d'un pédiâtre expérimenté. Pendant notre séjour à la maternité, combien d'exemples en avons-nous eus ! Souvent une gamine de seize ans accouche et on la plaint, tout comme on plaint le petit qui va naître. Et pourtant, peu de temps après son accouchement, elle force notre admiration, lorsqu'on voit avec quel amour elle soigne son petit. C'est la mère qui, pour protéger son enfant d'un pâle rayon de soleil, place sur sa tête un lange, c'est elle qui d'une main infatigable chassera tout ce qui peut lui nuire. L'amour maternel ne s'apprend pas, il est inné chez la femme. « Pendant neuf mois, l'enfant est un parasite interne ; après la naissance il devient parasite externe » (Professeur Fruhinsholz). Que la mère vienne à manquer et l'enfant est presque seul sur terre, son grand soutien, son surveillant, son guide de tous les instants le quitte avec elle. Cet amour maternel est si profond, il se révèle parfois d'une façon si inattendue, qu'on se demande comment certaines jeunes femmes peuvent abandonner leurs enfants. Après avoir vu comment une mère couve son petit, il est difficile de s'imaginer qu'elle puisse par la suite s'en séparer. La nature a tout fait pour l'éviter, s'il se produit, il faut que ses causes soient bien impérieuses.

Et alors, combien triste et fragile sera l'avenir de ce petit délaissé. Pour remplacer la mère et tous les parents qui

devraient être à son service pendant ses premiers mois, à l'hospice, l'Assistance ne dispose que d'infirmières et de domestiques mercenaires ; quel que soient leur zèle et leur dévouement, leur tâche sera lourde si elles essayent de remplacer l'absente. Que les infirmières possèdent à fond les notions utiles de puériculture, que les domestiques poussent leur dévouement jusqu'à l'extrême limite, la surveillance et les soins ne seront pas identiques. Rien n'empêchera un biberon d'être oublié dans le lit du petit assisté, rien ne lui évitera les longues heures de solitude si dangereuses parfois pour lui. Il ne sera plus seul entouré de plusieurs personnes pour le soigner, il y aura au contraire plusieurs enfants pour une seule garde. Un enfant, même bien portant, demande à être promené plusieurs fois par jour, il a besoin, selon l'expression du professeur Marfan, « d'un stimulant psychique », il faut qu'il puisse gigoter librement quelques instants quand on le démaillotte ; cela demande du temps et de la patience. Pour qui connaît les soins que nécessite un poupon, la tâche ingrate et difficile des infirmières apparaîtra aussitôt.

L'allaitement artificiel. — Ensuite intervient l'importante question de l'allaitement. La généreuse campagne reprise par le professeur Wallich s'applique beaucoup aux abandonnés ; ils sont, en effet, presque fatalement voués à l'allaitement artificiel. Ce qui, et nous l'avons vu dans nos statistiques, est dangereux pour un enfant légitime, menace de devenir terrible pour les assistés. Les uns n'ont jamais connu le lait maternel, d'autres, sevrés brutalement, supporteront difficilement ce changement de régime. C'est pourquoi actuellement on réunit sous un même toit les enfants assistés et les refuges des mères nourrices ; ainsi certains privilégiés peuvent avoir

sinon des têtées complètes de lait de femme, du moins un régime mixte. Certaines femmes comprennent que c'est un rôle humanitaire qu'on leur fait jouer et acceptent avec plaisir de donner à l'abandonné ce qui est inutile à leur enfant. Mais beaucoup, malgré les primes qui leur sont allouées, s'y refusent. La raison véritable de ce refus est complexe et difficile à saisir ; pour les unes la peur de léser leur enfant au profit d'un étranger intervient seule ; pour d'autres la crainte d'une promiscuité trop grande, de contagion possible est cause de leur refus.

Comment éloigner ces craintes et les faire disparaître ? La solution est difficile à trouver, car une mère qui aime son enfant ne se laisse pas aisément convaincre. Plus nombreuses sont celles qui, ayant trop de lait, consentent à le donner par la traite ; mais alors ce n'est déjà plus le lait vivant comparable au lait pris au sein lui-même ; c'est souvent un mélange de plusieurs laits, que l'on doit maintenir artificiellement à la température de 37°, qu'il faut transvaser dans un biberon ou faire boire à la cuiller, qui n'aura plus toutes les qualités désirables d'asepsie. Nous n'avons pas pu trouver d'opinion très nette sur ce lait, mais les médecins qui l'ont utilisé ne semblent pas avoir trouvé en lui la supériorité que l'on pouvait attendre.

Quant aux enfants abandonnés placés en nourrice, peu, pour ne pas dire point, sont nourris au sein. La nourrice au sein, actuellement, connaît sa valeur et lorsqu'elle consent à vendre son lait, ce n'est pas aux abandonnés qu'elle le réserve. Bref, les enfants assistés à l'hospice, et surtout à la campagne, sont pour la plupart nourris artificiellement. Nous n'entreprendrons pas ici l'énumération et la critique des différents laits, cette question sort du programme que nous nous sommes

fixé et intéresse d'ailleurs pour une grande part aussi les enfants légitimes et illégitimes. Bornons-nous à signaler que, pour les abandonnés, le sevrage devient une nécessité alors que pour les autres, à quelques rares exceptions près, il est souvent volontaire.

Les difficultés que l'on rencontre chez les nombreux débiles de l'Assistance, même dans un hospice où la surveillance médicale est sévère, pour trouver le régime qui convient sont grandes; combien de laits d'espèces, de conservations, de fabrications différentes sont essayés avant de découvrir celui qui sera supporté! En outre, pour chaque enfant, intervient une question de doses, de coupage du lait qui variera suivant l'âge et l'état de santé. Dans un hospice ces régimes successifs sont possibles, mais pour l'enfant placé, s'il ne digère pas le lait de vache ou le lait concentré que l'on trouve le plus facilement dans le commerce, ce sont bientôt les vomissements, la diarrhée, la cachexie et la mort.

Les locaux. — En outre, ces enfants dès qu'ils sont recueillis, se trouvent fréquemment dans un milieu contaminé et il y a là une cause de mortalité étroitement liée aux locaux dont on dispose et à l'âge des nourrissons. Ils sont élevés inévitablement quelques jours en commun et la contagion est fréquente; nous savons avec quelle facilité un nouveau-né s'infectera dans un milieu où ni les adultes, ni même les enfants de deux ou trois ans ne souffriront. A Nancy, à l'hospice Marin, en 1920, quatre enfants meurent de la coqueluche; en 1921, douze décèdent de la même affection et, la même année, une épidémie de broncho-pneumonie fit des ravages parmi ces malheureux.

En juillet 1921, un enfant recueilli sur un banc, dans un jardin public, est amené à l'hospice atteint de gastro-entérite

aiguë; tous les enfants assistés âgés de moins de quatre mois, placés dans la salle où il ne passa que vingt-quatre heures, meurent par contagion. A la fin du mois de juillet de la même année, une nourrice eut la grippe qu'elle communiqua à son enfant, puis à tous les enfants de la salle; les nourrissons au sein de leur mère résistèrent; tous les autres abandonnés de cette salle succombèrent. Nous pourrions multiplier ainsi les exemples. On connaît la rapidité avec laquelle les affections respiratoires, digestives, cutanées se propagent d'un nourrisson à son voisin. Nous verrons comment cette dissémination peut être évitée, ou pour le moins atténuée, par l'extension des locaux et par le personnel dont on dispose.

Enfin, une dernière cause intervient dans la mortalité infantile des enfants abandonnés. Elle est d'ordre para-médicale, mais doit être citée. Que les enfants soient à l'hospice ou à la campagne, pour les élever et les faire vivre, il faut avoir à sa disposition des capitaux plus grands que ceux dont l'Assistance dispose actuellement. Nous avons cité déjà à combien s'élevaient ces salaires, nous ne nous y étendrons pas à nouveau.

Comme nous venons de le montrer, les causes de mortalité de l'assisté du fait de l'abandon, sont nombreuses; elles expliquent en partie la disparition d'un grand nombre d'entre eux. Nous allons voir pourtant que l'on peut faire beaucoup pour lutter contre elle.

CHAPITRE VI

REMÈDES A APPORTER

Avant d'examiner les remèdes propres à diminuer la mortalité elle-même de l'abandonné, dans un premier paragraphe, nous étudierons ce que l'on peut faire pour éviter ou diminuer l'abandon.

A. — AVANT L'ABANDON

La recherche de la paternité. — Conserver chaque enfant à sa famille est évidemment l'idéal que nous devons essayer d'atteindre et, pour cela, il faudrait avant tout retenir le père, afin de lui faire fonder un foyer où la jeune mère d'abord, le nouveau-né ensuite seraient en sécurité. Ni les conseils, ni les supplications, ni les menaces ne peuvent y parvenir le plus souvent ; seule la loi peut intervenir. Ici se pose donc le grave problème de la recherche de la paternité. Nous ne ferons qu'effleurer ce sujet en passant, il est beaucoup plus d'ordre juridique que d'ordre médical. En France, la recherche de la paternité est interdite.

Dans les Etats voisins il n'en est pas partout ainsi. En Allemagne elle est permise, mais ne se base que sur la cohabitation des deux procréateurs. « Est présumé père, celui qui a cohabité avec la mère au moment de la conception... » (Code civil allemand, art. 1703). En Suisse, la recherche de la

paternité est admise « à moins que le défendeur ne prouve l'inconduite de la femme pendant la période de la conception ». En Angleterre, la mère a le droit, depuis 1872, d'exiger la recherche de la paternité, mais cela pendant un délai très court, pendant la grossesse et les douze mois qui suivent l'accouchement. Au Canada, elle n'est permise que s'il existe des preuves écrites. Aux Etats-Unis, les conditions sont, à peu de choses près, les mêmes qu'en Allemagne. Cette comparaison prouve que la loi française protège moins la mère et l'enfant que chez les grandes puissances voisines.

Action sur la famille. — Après l'abandon par le père, nous avons vu que la mère était encouragée souvent par sa famille à délaisser son enfant. Dans la bourgeoisie, il sera difficile, et cela pendant longtemps encore, d'accepter le nouveau-né illégitime parmi les autres enfants; ce serait la ruine de l'honneur familial. La mentalité qui règne à l'heure actuelle, d'ailleurs très louable dans ce milieu, sera un obstacle difficile à vaincre. Chez l'ouvrier, chez le paysan par contre, la lutte sera plus aisée. Le premier mouvement de colère passé, on pardonnera à l'imprudente et plus tard à son enfant et on acceptera celui-ci, qui sera élevé comme un dernier né. Le mariage de la fille-mère est ici toujours possible, son enfant la gênera moins. Avec des paroles sensées, de bons conseils, souvent dans ces deux milieux l'abandon pourra être évité.

Action sur les patrons. — Nous avons vu que les domestiques entraînent pour une grande part parmi les mères qui délaissent leurs petits. Nous en avons rencontrées et interrogées souvent à la maternité. Beaucoup désiraient les garder, mais l'intransigeance du patron, la menace d'être jetée sur

le pavé, le refus de bons certificats les obligent à l'abandon. On a fait le sacrifice de les conserver pendant leur grossesse, on les reprendra aussitôt après leurs couches, mais seules.

Témoin l'histoire qui nous fut citée d'une dame s'intéressant à une œuvre de protection de l'enfance, qui exigea de sa bonne l'abandon immédiat de son enfant ! Ce sont des faits sans commentaire possible, mais qui prouvent que, contre l'opinion des patrons, il y a beaucoup à faire. Non pas que nous demandions à une patronne de recueillir la mère et l'enfant dès leur sortie de la maternité, ce ne serait guère possible ; nous voudrions qu'on leur accordât, après l'accouchement, deux ou trois mois de repos et la certitude pour la mère de retrouver sa place ensuite. L'enfant serait ainsi nourri au moins deux mois au sein et supporterait alors bien plus facilement le sevrage et la mise en nourrice ; l'abandon serait bien moins fréquent. D'ailleurs, à l'heure actuelle, déjà combien avons-nous vu de patronnes charitables et bonnes, venir visiter ces petits à la maternité et leur apporter une layette. Quel bel exemple et surtout quel réconfort moral pour la pauvre mère ! Nous connaissons même une famille bourgeoise où, malgré la présence de deux grandes jeunes filles, on a repris dès leur sortie de la maternité, une jeune bonne et son enfant. Après quelques jours de repos, la domestique s'est remise au travail, l'enfant est nourri au sein et le père revint pour voir son petit. C'est le mariage prochain pour la mère, l'avenir assuré pour le nourrisson. C'est là l'idéal, mais ne voyons pas trop loin, contentons-nous de constater avec satisfaction de si beaux exemples. La difficulté de trouver des gens de maison est peut-être pour une grande part dans cette évolution de l'opinion, mais pourtant n'enlevons pas à certaines femmes, connaissant elles-mêmes les joies de la maternité, la beauté de leur geste.

Avant l'accouchement. — Avant l'accouchement, on peut agir sur la mère elle-même, qui malgré tout, abandonne souvent son petit de sa propre autorité, sans y être contrainte. Après avoir dissimulé sa grossesse, on lui a parlé de l'Assistance et c'est, croit-elle, la seule planche de salut. Il faudrait qu'elle puisse être facilement renseignée, que l'on puisse la guider. Dans les villes, où les consultations prénatales fonctionnent régulièrement, les mères savent qu'elles pourront se reposer avant leurs couches, que par la suite elles seront aidées et souvent alors l'idée d'abandonner leur petit s'estompe de plus en plus pour disparaître finalement. Mais hors ville, à la campagne, elles ne savent pas, elles sont seules, et n'osent pas se renseigner. Il faudrait que les médecins, les sages-femmes puissent leur démontrer plus facilement que l'abandon n'est pas la seule solution, qu'elles peuvent agir autrement. Une femme qui se sent soutenue, reprend confiance en elle et se dicte une conduite plus honnête. A Nancy, les femmes qui le désirent, peuvent entrer au service des « femmes enceintes » de la maternité quinze jours ou trois semaines avant leurs couches. Elles y sont nourries et logées, se reposent, attendent avec confiance celui qui va naître. La création de ces refuges, qui existent à Paris et dans la plupart des grandes villes de France, fut un grand progrès. Pour la fille-mère abandonnée, dont la misère augmente avec l'âge de sa grossesse, l'asile ouvrier est la seule solution pratique et efficace.

En outre, la généreuse campagne entreprise en faveur de l'hygiène de la grossesse est ici plus utile encore que partout ailleurs. En effet, après la naissance, le médecin connaît le peu de résultats fréquents de ses efforts thérapeutiques pour lutter contre la débilité. Par contre, son devoir est de dire, de crier inlassablement aux Pouvoirs publics que, dans bon

nombre de cas, on pourrait prévenir cette faiblesse congénitale. Pour lutter contre la débilité, Pinard a montré depuis longtemps les heureux résultats, pendant les derniers mois de la grossesse, d'une bonne hygiène alimentaire et générale, de l'application de soins exigés par certaines maladies de la grossesse et par les tares constitutionnelles et accidentelles. La loi Strauss fut un premier bienfait dans ce sens. Les consultations de femmes enceintes, les nombreux traitements anti-syphilitiques faits pendant la grossesse, sont les meilleurs exemples de la lutte contre la mortalité infantile en général et de celle des assistés en particulier.

Au moment de l'accouchement. — Au moment de l'accouchement, notre action peut s'étendre d'abord sur les sages-femmes. Nous connaissons la complaisance d'un certain nombre d'entre elles, qui se chargent de l'abandon, du placement dit-on des enfants. En effet, l'article 3 de la loi, en respectant le secret des déposants, a permis à des intermédiaires peu scrupuleux et surtout intéressés, d'en profiter sans qu'on puisse les atteindre. Il est vrai que l'idée du rapporteur de la loi était que mieux valait un abandon que l'avortement ou l'infanticide. Certaines sages-femmes jouaient là un rôle peu avouable et se chargeaient elles-mêmes du transport de l'enfant. Le seul fait, en 1905, de les obliger à porter le nouveau-né au commissariat de police, au lieu du bureau d'assistance, avait fait baisser leur nombre de 3.200 à 2.400 à Paris. Porak, dans son rapport annuel à l'Académie de médecine, dit qu'à Paris, sur 370 enfants de père et mère non dénommés, 246 avaient été abandonnés par des sages-femmes. Une d'entre elles, en un laps de temps très court, a placé 45 enfants. On comprend que l'Académie de médecine se soit

élevée contre ces procédés et contre les annonces paraissant dans les quotidiens. L'inspecteur de l'Assistance en Meurthe-et-Moselle s'est permis d'envoyer récemment une circulaire à ce sujet aux sages-femmes du département ; lorsqu'il croyait discerner l'action évidente de l'une d'entre elles, il menaçait d'éclaircir le rôle qu'elle avait joué dans l'abandon. Par la suite, le nombre des abandonnés aurait légèrement baissé.

À la maternité, nous avons pu apprécier avec quel tact et quelle patience M. le professeur Fruhinsholz sait interroger, conseiller et réconforter les filles-mères. L'obligation pour elles d'allaiter leur petit, l'attention continuelle qu'elles leur prêtent font que souvent elles acceptent d'entrer à l'abri maternel. C'est vers lui qu'il faut les aiguiller. Si elles cèdent à y entrer, les soins, le milieu, les conseils font qu'elles en sortiront le plus souvent avec leur enfant.

Après l'accouchement: L'Abri maternel. — Car en effet, le grand remède après l'accouchement, dès que la femme peut se lever, mais ne peut encore travailler, c'est l'Abri maternel. Sa création, à l'hôpital Marin, donnait déjà de bons résultats ; sa nouvelle installation, à l'hospice Saint-Stanislas, en laisse prévoir de meilleurs encore. Pendant un mois et plus, si elle le désire, la mère n'aura qu'un seul souci : nourrir son enfant et celui-ci, grâce à l'allaitement maternel, va prospérer normalement. En outre, la mère pourra, si elle le permet, servir de nourrice pour un malheureux séparé. A la prime qui est allouée à chaque femme qui nourrit son enfant à l'hospice, viendra s'ajouter alors un supplément qui lui sera utile à sa sortie. A ce moment, l'enfant aura franchi la période délicate du premier mois, il supportera plus facilement le placement en nourrice et parfois l'abandon. L'Abri maternel aura donc

agi doublement contre l'abandon, en premier lieu en diminuant de beaucoup sa fréquence, en second lieu en donnant des enfants plus âgés et plus forts.

Cassoute réclame pour Marseille la priorité d'organisation d'un Abri maternel et il ajoute : « De tout temps, nous avons reçu à la crèche départementale les filles-mères avec leur enfant lorsqu'elles manifestaient l'intention de les allaiter ; pour cela, avouons-le, il nous fallait tourner la loi, qui interdit aux mères qui abandonnent, non seulement de voir leur enfant, mais de connaître leur résidence. Nous avons, faute de mieux, résolu la difficulté de la façon suivante : étant autorisés à recruter des nourrices pour nos enfants assistés, nous recevions la mère à titre de nourrice et comme par hasard, puisqu'ils étaient entrés le même jour, nous remettions l'enfant à sa mère pour qu'elle l'allait. Ainsi plusieurs reprenaient leur petit et la mortalité, jusqu'en janvier 1922, était sur 712 seulement de 51 cas, soit 7,16 % au lieu de 48,94 % qui était le taux de la mortalité des enfants assistés de 0 à 6 mois pendant la même période.

Voilà ce que l'Abri maternel peut faire, et c'est un résultat énorme. La lutte contre l'abandon n'est pas un vain mot, l'abandon n'est pas un mal nécessaire. Lorsque les allocations pécuniaires seront plus fortes, que la question matérielle ne sera plus à envisager pour la mère, les nouveau-nés seront encore moins abandonnés.

B. — APRÈS L'ABANDON

L'abandon ayant eu lieu, nous nous trouvons en présence du fait accompli et c'est à nous d'essayer de sauver le petit abandonné.

L'idéal serait évidemment de trouver pour chacun d'eux une nourrice au sein qui pût remplacer le sein maternel ; comme la réalité en est loin. Rares sont ceux qui peuvent recevoir du lait de femme. La question pécuniaire même mise à part, le nombre des nourrices ne serait pas assez grand. Quelques-unes dans les maternités, dans les crèches, dans les abris peuvent recevoir du lait de femme ; ce sont quelques privilégiés au milieu de leurs malheureux frères.

Le placement. — Le placement des enfants ne se fera pas toujours à un âge fixé et identique pour tous. Ici surtout intervient l'action du médecin pour conseiller et guider l'inspecteur de l'Assistance. C'est de ce placement en temps opportun que dépendra souvent la vie du poupon.

On placera l'abandonné avant tout suivant les locaux dont on dispose. Si, comme cela subsiste encore dans beaucoup de chefs-lieux, on ne dispose que de locaux insuffisants, il faut sans hésiter, sauf le cas d'affection grave, les éloigner le plus vite possible. Laisser vivre en commun ces petits débiles, dans des salles basses, malsaines, encombrées, c'est les condamner à mort. Il est impossible d'élever les abandonnés dans de telles conditions, en ne parlant que de la majorité évidemment, de ceux qui sont abandonnés dans le premier mois. Mais ce ne doit être là qu'une mesure transitoire. Actuellement, les locaux s'améliorent sans cesse, c'est une question d'ordre administratif et social qui devrait être résolue plus facilement encore. Il faut pour abriter ces petits une pouponnière se rapprochant le plus possible de la pouponnière idéale dont nous dirons quelques mots plus loin. A Nancy, de grands progrès ont été réalisés dans cet ordre d'idées. Le vaste local propre, clair, aéré du deuxième étage de l'hospice Saint-Stanislas marque

un progrès énorme sur le précédent. Dans ces conditions, le placement du poupon doit dépendre de conditions toutes différentes, inhérentes à l'enfant lui-même et que nous allons étudier.

Disons quelques mots de suite au sujet de ceux qui sont amenés à l'hospice âgés de plus d'un mois. Si leur développement est normal, si aucune tare manifeste ne se révèle, après quelques jours, trois ou quatre au plus, pour les entraîner à leur nouveau régime, le placement à la campagne aura lieu. Les petits, âgés de quelques jours seulement, doivent être gardés à l'hospice jusqu'au fonctionnement normal de leur régime et jusqu'à ce que leur augmentation de poids soit manifeste. Souvent un traitement, spécifique ou autre, devra être institué; il faut qu'il puisse être continué assez longtemps pour que ses conséquences aient commencé à se faire sentir au moment du départ de l'enfant. Certes on nous objectera qu'avec cette façon de faire, tous les risques de la pouponnière, de l'élevage en commun, de la contagion vont se faire sentir. Oui, mais nous nous trouvons en présence de deux maux, des deux nous choisissons le moindre. Dans un service bien organisé et bien surveillé, la contagion est moins à craindre; la présence voisine des nourrices de l'abri maternel sera d'un grand secours pour franchir la période dangereuse du début. De cet avis sont les professeurs Marfan, Wallich, Léon Bernard, à moins que, dit Marfan, « les bébés puissent être placés chez des nourrices véritables et non plus chez des élèves ».

La pouponnière. — Qu'entendons-nous donc par pouponnière d'abord, par pouponnière idéale ensuite? En principe, qui dit pouponnière dit maison où les nourrissons sont élevés,

pendant les treize premiers mois de leur existence, à l'allaitement artificiel. C'est ce qui la différencierait de la maison maternelle, de la nourricerie. La pouponnière serait comme un internat de poupons, tandis que la crèche est un externat. Pour nous, par pouponnière, nous entendons la maison où l'enfant est élevé loin de sa mère, généralement artificiellement, mais parfois au lait de femme. Comme locaux, on doit disposer de place suffisante pour que l'on puisse circuler facilement entre les lits ; chaque lit sera séparé du voisin par des cloisons formant autant de petits boxes ; le chauffage sera régulier, facile à régler, de façon à éviter les sautes brusques de température ; les lits, les meubles, les parquets, murs et plafonds doivent être facilement lavables et stérilisables ; des pièces voisines servant d'office, de cuisine, de lingerie seront nécessaires ; une salle d'isolement pour les entrants, une infirmerie spéciale pour les malades seront indispensables. Quant au personnel para-médical, l'idéal serait évidemment de posséder une infirmière par enfant ; cela n'est pas possible, mais un maximum de quatre enfants pour une seule personne ne devrait jamais être dépassé. A leur tête, des infirmières possédant toutes les notions utiles de puériculture et surtout aimant les enfants, auront un grand rôle à jouer. Pour parer aux nombreux troubles digestifs du nourrisson, tous les laits seront représentés : lait de vache, lait industriels concentrés, sucrés, laits homogénéisés, laits en poudre, etc. ; en outre une pharmacie complète pour tous les médicaments urgents sera adjointe. Le rôle du médecin sera alors bien plus facile et les résultats bien meilleurs. Au plus léger symptôme, l'enfant suspect sera isolé, ainsi la contagion, terreur des pouponnières, sera réduite au minimum.

Dans cette pouponnière idéale, difficile à réaliser, mais dont

on doit tendre à se rapprocher le plus possible, nous pourrions conserver les petits abandonnés un et même deux mois, suivant leur état de santé, l'accroissement de leur poids. Ensuite seulement nous les placerons. Les pouponnières ont été critiquées et condamnées depuis longtemps. Buffon déjà écrivait : « Je ne puis m'empêcher d'observer ici que l'usage où l'on est de rassembler un grand nombre d'enfants dans un même lieu est extrêmement contraire au principal objet qu'on doit se proposer, qui est de les conserver ; la plupart de ces enfants périssent par une espèce de scorbut ou par d'autres maladies qui leur sont communes à tous, auxquelles ils ne seraient pas sujets s'ils étaient élevés séparément les uns des autres ou du moins s'ils étaient distribués en plus petit nombre dans différentes habitations... ». Les docteurs Variot, Grassi, Bruyère prenant comme exemple une d'entre celles des plus connues, celle de Porchefontaine, ont montré quels frais énormes elle entraînait et quels résultats incertains on obtenait. Pour les enfants légitimes et même illégitimes, elles sont critiquables ; pour les abandonnés elles sont à peu près indispensables. Les vomisseurs sont légion parmi eux ; trouver le lait qui leur convient n'est pas chose facile. Ce n'est pas l'éleveuse, ce sera difficilement le médecin de l'Assistance qui y parviendront. Seul à l'hospice ce résultat pourra être obtenu. Dans une pouponnière bien tenue, bien surveillée comme celle d'Hencqueville à Lyon, la mortalité serait de 5,3 % dans ces dernières années.

L'enfant ayant atteint l'âge de six semaines, deux mois va alors être placé. Où l'enverra-t-on ? Le placement chez une nourrice, nourrissant au sein, est de plus en plus rare. En 1924, d'après Marfan, sur 83.000 séparés, 78.000 étaient élevés au biberon. Parmi les assistés de la Seine, en 1921, 150 étaient

nourris au sein, au lieu de 400 en 1920. En Meurthe-et-Moselle, depuis plusieurs années, aucun assisté n'a reçu le sein d'une nourrice après son placement. Dans beaucoup de départements, les enfants sont placés dans des fermes et nourris le plus souvent au lait de vache. L'inspecteur de l'Assistance est chargé de la question matérielle, le médecin est astreint à une visite au moment du placement et une visite par mois ensuite. Si le pauvre petit échoue chez des gens braves et dévoués, ne voyant pas en lui seulement un moyen de rendement, bien faible certes, il peut vivre. Mais l'enfant est une charge bien lourde, il exige une surveillance et des soins de tous les instants. Or l'abandonné est un étranger ; rarement il trouvera dans le milieu où on l'a placé l'affection indispensable à son élevage.

Les centres d'élevage. — Conformément aux vœux maintes fois exprimés par la Ligue contre la mortalité infantile, par les divers congrès de protection infantile, M. le sénateur Paul Strauss, alors ministre de l'Hygiène et de l'Assistance sociale, recommandait, dans une circulaire adressée aux préfets, le 28 décembre 1922, la formation de centres d'élevage, suivant la méthode américaine. Par centre d'élevage on entend le placement familial et rural pour l'élevage au biberon, sous la surveillance d'un médecin et d'une infirmière visiteuse, avec groupement dans un espace restreint autour d'une localité, le nombre des enfants pour un centre étant toujours limité. En somme, ces centres ne diffèrent du placement antérieur familial que par leur groupement. Le médecin et l'infirmière visiteuse peuvent voir l'enfant, le surveiller plus souvent et plus facilement. Ces centres, qui existent au nombre d'une dizaine actuellement, sont une très heureuse innovation. Leur grand

avantage est de faciliter les visites du médecin et de l'inspecteur de l'Assistance, ces visites lorsque les enfants sont dispersés étant très rares. Nous citerons quelques statistiques prouvant que sur 100 enfants assistés un certain nombre seulement voit le médecin chaque année lorsque ces enfants ne sont pas groupés.

Basses-Pyrénées	12 %
Cantal	21
Indre	28
Landes	38
Allier	44
Haute-Loire	57
Corrèze	61
Hautes-Alpes, Cher, Gard, Meuse.....	73 à 79
Lot, Orne	91 à 98
Haute-Garonne, Maine-et-Loire, Haute-Marne.	100

De même, le nombre de visites médicales faites à chaque enfant par an, est de huit dans deux départements, sept dans trois, six dans dix, cinq dans neuf, trois dans quatre et même une dans un département. Nous sommes loin, nous le voyons, du chiffre imposé par la loi, mais lorsque les fermes sont isolées des villages, combien ces visites sont difficiles. On comprend donc l'utilité du groupement des assistés.

C'est vers ces centres d'élevage qu'évolue actuellement la question du placement des assistés. Ils donnent d'excellents résultats pour les séparés tout comme pour les abandonnés à condition, dit Ribadeau Dumas, de n'y admettre que les enfants d'environ trois mois. Certaines statistiques déjà parues parlent d'un taux de mortalité de 0 à 6 mois s'élevant à 8,5 % dans certains centres et 5,46 % dans d'autres.

Ainsi se dégagent peu à peu les moyens de lutter contre la mortalité infantile des abandonnés. Entreprise d'abord à titre d'essai pour les assistés, l'expérience des centres de placement familial a prouvé, par les résultats obtenus, que l'on pouvait les compter au nombre des remèdes efficaces de la mortalité infantile.

Mais hélas, il existe toute une catégorie d'enfants qui ne peut être éloignée sans inconvénient ; il s'agit des malades et des débiles, or parmi les assistés ils sont nombreux et augmentent fortement le taux des statistiques. Leur hérédité chargée en est cause ; pour lutter contre cette hérédité, il faudrait faire disparaître de l'humanité les grands fléaux dont nous souffrons, l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis. Contre les deux premiers hélas, nous médecins sommes actuellement à peu près désarmés ; la vaccination anti-tuberculeuse est encore trop récente pour qu'on puisse en tirer quelques concussions ; contre la syphilis nous pouvons lutter efficacement pendant la grossesse d'abord, après la naissance ensuite.

CONCLUSIONS

Que conclure de ce court travail? Avant tout que dans la France entière on a fait beaucoup dans ces dernières années pour améliorer le sort des abandonnés. La fondation, dans la plupart des grandes villes de France, des refuges pour la mère avant l'accouchement, des abris maternels annexés aux maternités fut un grand progrès. Ces abris doivent être placés le plus près possible des maternités, de façon à éviter l'abandon.

Pour l'enfant abandonné, la pouponnière modèle, où il sera gardé et surveillé médicalement pendant un mois à six semaines, fera diminuer le taux de mortalité. Mais il faudrait qu'au moment jugé opportun pour le placement par le médecin, une nourrice soit toujours prête à recevoir l'enfant. C'est là le point délicat de cette manière de faire. Pour y remédier en partie, en Meurthe-et-Moselle, d'ici peu une pouponnière sera installée à Blâmont qui sera d'un grand secours. Enfin, pour les grandes villes, où le nombre d'abandonnés à placer est grand, la création des centres d'élevage facilitera beaucoup la tâche du médecin et par là même, les soins à donner aux petits.

Quant à la mortalité elle-même des enfants assistés, nous avons vu combien elle dépasse celle des enfants légitimes et illégitimes. Notre devoir est de lutter de toutes nos forces

contre elle. Mais n'oublions pas que, malgré tous les soins dont les abandonnés seront entourés, toujours ils mourront plus que les autres. L'allaitement artificiel, l'absence de la mère, n'interviennent pas seuls ; ces enfants sont souvent des tarés et toujours leur élevage sera difficile.

C'est contre l'abandon surtout que nous devons lutter. Là il y a beaucoup à faire. Le médecin par son dévouement, ses conseils et sa largeur de vues doit jouer ici un rôle de premier ordre. Gardons la mère pour élever son enfant et le nourrir ; en supprimant la cause, nous supprimerons les effets.

Pour terminer, on doit remercier, au nom de ces malheureux petits, la Commission des Hospices civils de Nancy, pour ce qu'elle a fait en leur faveur. Elle a compris que pour les sauver il ne fallait reculer devant aucun sacrifice et les résultats obtenus récompensent déjà en partie son effort.

Vu:

Nancy, le 9 Février 1925.

Le Président de la Thèse,

P. HAUSHALTER.

Vu:

Nancy, le 10 Février 1925.

Le Doyen,

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer,

Nancy, le 13 Février 1925.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

ALCINDOR. — Les enfants assistés.

ARNOULD. — Mortalité des enfants trouvés et assistés.

BARRELLE. — Mortalité par tuberculose. (Thèse Lyon, 1922-1923.)

BEC. — De la mortalité du premier âge dans le Vaucluse. (Thèse, Paris, 1900-1901.)

BECKMANN. — Mémoire pour servir à l'histoire des inventions, t. V, p. 1804.

BÉNÉCHAL. — Thèse de droit. Toulouse, 1912-1913.

BERTHERAUD. — Mortalité infantile à Algler. (Gazette médicale de l'Algérie, février 1870.)

BERTILLO. — Les enfants illégitimes et leur mortalité. (Revue d'hygiène et de police sanitaire; Gazette de médecine et de chirurgie, février 1870; Statistiques du ministère du Travail et de l'Assistance.)

BILLANDEAU. — Des causes de l'excessive mortalité des enfants en bas âge.

BLACHE et ODIER. — Causes de la mortalité des nouveaux-nés. (Union médicale, juin 1867.)

BOPPE. — Etablissements publics hospitaliers de Nancy.

BOUBE. — Mortalité infantile dans els quinze premiers jours. (Thèse, Paris, 1909-1910.)

BOUCHARDAT. — Traité d'hygiène. Mortalité dans les dix premiers jours. (Académie de médecine, 30 octobre 1870; Revue scientifique, octobre 1880.)

BOUDET. — Académie de médecine, septembre et novembre 1869.

BOUÏLLOT. — Une statistique de mortalité infantile. (Thèse, Paris, 1913-1914.)

BOUNEAU. — Thèse de droit, Bordeaux, 1906-1907.

BOUQUET. — Puériculture sociale.

- BRINDEAU. — Académie de médecine, mars 1923.
- BROCA. — Mortalité des nourrissons. (Académie de médecine, 8 janvier 1867.)
- BROCHARD. — Gazette des hôpitaux, 1878.
- BUDIN. — Annales de médecine et de chirurgie, avril 1903. Mortalité de 0 à 1 an.
- BUFFON. — Tome V, édition 1818, p. 27.
- BULLETINS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, années 1895 à 1924. — Rapports de l'hygiène de l'enfance.
- CABIBEL. — Des enfants assistés. (Thèse de droit, Paris, 1900-1901.)
- CASSOUTE. — Hérédo-syphilis et enfants assistés. (Pédiatrie, juillet 1922.)
- CHAMBRON. — Natalité lyonnaise. (Thèse, Lyon, 1922-1923.)
- CHAMBRELENT. — Mortalité de trente années. (Gazette des sciences médicales de Bordeaux, 1911.)
- CHEVASSU-PERIGNY. — De la mortalité infantile. (Thèse de droit, Poitiers, 1916-1917.)
- CHEVILLET. — Les enfants assistés à travers l'histoire.
- COCHET-BALMEY. — Collaboration de l'accoucheur et du syphiligraphe. (Thèse, Lyon, 1922-1923.)
- COMBY. — Presse médicale, 24 novembre 1906.
- COURBES. — Les rues de Nancy.
- COUVELAIRE. — Gynécologie et obstétrique, 1921; Dispensaire anti-syphilitique à Baudelocque. (Presse médicale, 19 novembre 1921 et 4 juin 1921; Congrès de la natalité de Strasbourg, 1924.)
- DELEAU. — Mortalité infantile dans les villes industrielles du Nord. (Thèse, Paris, 1911-1912.)
- DESHAYES. — Mortalité infantile à Rouen. (Congrès de Blois, 1885.)
- DÉTRÉ. — L'avenir du prématuré, ses rapports avec l'hérédo-syphilis. (Thèse, Paris, 1911-1912.)
- DEVILLERS. — Mortalité des nourrissons. (Académie de médecine, 6 novembre 1866.)
- DLUSKA. — Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. (Thèse, Paris, 1894.)
- DOUSSEL. — Thèse de droit, Paris, 1906-1907.
- DUBEST. — Mortalité des enfants du premier âge à la campagne. (Association française pour l'avancement des sciences, 1877, p. 254.)
- DUCHAMP. — Insuffisance des défenses de l'organisme chez le nouveau-né. (Thèse, Paris, 1904-1905.)

- ENAULT. — Œuvre des enfants abandonnés en Gironde. Thèse, Bordeaux, 1908-1909.)
- FEUTON. — Mortalité infantile en Angleterre. (Sanitary record, janvier et mars 1880.)
- FRIEDLANDER. — Mortalité, tome III, p. 384.
- GAUJOUX. — Essai critique sur la protection légale de la maternité en France. (Thèse de droit, Montpellier, 1922-1923.)
- GOEFFERT. — Protection et assistance de la première enfance. (Thèse, Nancy, 1903-1904.)
- GIBERT. — Bulletin statistique de Marseille, 1880; Marseille médical, septembre 1888.
- GOGET. — Domicile de secours des enfants assistés. (Thèse de droit, Lyon, 1904-1905.)
- GROUILLE. — Le service des enfants assistés en France. (Thèse de droit, Montpellier, 1910-1911.)
- GUÉRIN. — Dictionnaire. Enfants assistés.
- HAUSHALTER. — De la mortalité infantile dans la classe ouvrière indigente de Nancy. (Revue Médicale de l'Est, 1897.)
- Natalité, puériculture et protection de l'enfance. (Revue Médicale de l'Est, 1^{er} février 1920.)
- HEBERT. — Etude sur la maternité ouvrière. (Thèse, Paris, 1918-19.)
- HÉZARD. — Mortinatalité en Meurthe-et-Moselle. (Thèse, Nancy, 1914-1915.)
- HUGUET. — Journal officiel du département de la Moselle, pluviose an IX.
- HUSSON. — Mouvement de la population parisienne. (Union médicale, mai 1881.)
- HUTINEL. — Paris médical, 3 novembre 1923.
- JEANSELME. — De la protection des enfants chez les Romains. (Presse médicale, 9 juillet 1917.)
- JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS. — Hérédo-syphilis, mars 1923.
- KREBS-JAPY (M^{me}). — Le service social à l'hôpital. (Thèse, Paris, 1922-1923.)
- LALLEMAND. — Histoire de l'assistance.
- LAPAUX. — Description illustrée de Nancy.
- LEGIER. — Contribution à l'étude de la mortalité infantile par l'allaitement artificiel. (Thèse, Paris, 1900-1901.)

- LENOIR. — Régime actuel des enfants assistés en France. (Thèse, Paris, 1907-1908.)
- LEREBOULET. — Hospice des enfants assistés. (Paris médical, décembre 1911.)
- LESAGE. — Atrophie, athrepsie des nourrissons. (Paris médical, décembre 1923.)
- LÉVY MICHEL. — Hygiène.
- LIAUTEY. — Mortalité infantile et allaitement artificiel. (Thèse, Nancy, 1903-1904.)
- LIONNOIS. — Histoire de Nancy.
- LORION. — Mortalité infantile et allaitement des nourrissons. (Thèse, Paris, 1911-1912.)
- LULING. — Mortalité des nourrissons et modalité de l'alimentation. (Thèse, Paris, 1900-1901.)
- MARTIN (Abbé). — Historique des diocèses de Nancy, Toul, St-Dié.
- MÉDECINE INTERNATIONALE ILLUSTRÉE, janvier 1924.
- MÉNAGER. — Mortalité et morbidité du premier âge. (Thèse, Paris, 1882-1883.)
- MÉRY. — Académie de médecine, 19 décembre 1922.
- MICHELET. — La femme.
- MÉLIAN. — Annales de médecine pratique, 1922. Protection de la première enfance.
- MULLER. — Mortalité dans l'hospitalisation infantile. (Thèse, Lyon, 1903-1904.)
- NOURRISSON (Le). — L'abandon des enfants en Grèce, 1923.
- NOBÉCOURT. — Académie de médecine, janvier 1924.
- OLLIER et SCHMIDT. — Défense de l'enfant. (Congrès de Nantes. Presse médicale, 5 octobre 1901.)
- PAROT. — Hérédo-syphilis. Paris, 1886.
- PERRET. — Visiteuses de l'enfance. (Thèse, Lyon, 1918-1919.)
- PFISTER. — Histoire de Nancy.
- PIGASSE. — La tutelle des enfants assistés. (Thèse de droit, Toulouse, 1909-1910.)
- PETIT. — Droits de l'enfant à sa mère. (Thèse, Paris, 1895.)
- PROVENDIER. — Crise de la natalité. (Thèse, Paris, 1923-1924.)
- RAFFAELI. — L'assistance surveillée des nourrissons. (Bergame, 1924.)
- RHEIN. — Les enfants abandonnés. (Thèse de droit, Paris, 1903-1904.)

- RITSEMA D'ECK. — La lutte contre la mortalité infantile. (Thèse, Paris, 1918-1919.)
- ROUVIER. — Hygiène de la première enfance.
- SOUIMA. — Mortalité à Naples. (Gior. internat. del sc. med., année 1880, p. 325.)
- SORMANI. — Mortalité des enfants en Italie. (Milan, 1661.)
- STATISTIQUE DES INSTITUTIONS D'ASSITANCE. — Ministère du travail, 1895 à 1923.
- STATISTIQUE DU MOUVEMENT DE LA POPULATION. — Ministère du Travail, 1895 à 1923.
- TAILLASSON. — De quelques modes d'assistance et de protection des nourrissons. (Thèse Lyon, 1903-1904.)
- THIBAUT. — L'allaitement du nourrisson normal. (Thèse, Paris, 1920-1921.)
- THIERRY-DETAILLE. — De la mortalité infantile dans les quatre premières semaines. (Thèse, Paris, 1913-1914.)
- TISSOT. — L'ouvrière et la natalité. (Thèse, Paris, 1921-1922.)
- URIGNY. — Code de protection de l'enfance. (Thèse de droit, Paris, 1918-1919.)
- VACHER. — Mortalité des nourrissons. (Gazette méd. de Paris, oct. et nov. 1864.)
- VARIOT. — Les pouponnières.
- VANWERTS. — Taux de la mortalité infantile des enfants nourris au lait artificiel. (Gynécologie et obstétrique, décembre 1921.)
- WALLICH. — La pouponnière moderne.
- De la mortalité infantile dans les quatre premières semaines. (Congrès international de Londres, 1913.)
- Rapport à l'Académie de médecine, 1924. Hygiène de l'enfance.
- WALLICH et FRUHINSHOLZ. — Avenir éloigné du prématuré. Rapport à la Société obstétricale de France, octobre 1913.
- WASELOWSKI. — Mouvement de la population en Russie, de 1867 à 1870. (Journal de St-Petersbourg, 21 mars 1880.)
- WILLIAMS. — Causes de mort foetale. (Gynécologie et obstétrique, 1921.)
- WINTERBRET. — Mortalité du premier âge à Lille. (Thèse, Lille, 1879.)
- ZUNNI. — Etude des causes de mortalité infantile de 0 à 1 an à Athènes. (Revue scientifique, 14 mai 1881.)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	11
CHAPITRE II. — L'abandon	23
CHAPITRE III. — Mode d'admission actuel.....	29
CHAPITRE IV. — La mortalité infantile de 0 à 6 mois.....	39
CHAPITRE V. — Causes de mortalité en rapport avec l'abandon.	57
CHAPITRE VI. — Remèdes à apporter.....	71
CONCLUSIONS	85
BIBLIOGRAPHIE	87

NANCY - SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES
